

Année 1914

N°

Thèse pour le Doctorat en Médecine

390

De la Prétendue Atrophie

DE

LA PROSTATE

PAR

Jean PARIS

Né à Pontailler-sur-Saône, le 23 janvier 1884.

Ancien interne des Hôpitaux de Paris et du Service Civile.

Médaille de Bronze de l'Assistance Publique.

Président de Thèse : M. LEGUEU, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER HENRY, ÉDITEUR

26. Rue Monsieur-le-Prince, VI^e

1914

390

Travail du Service Civiale

(HOPITAL LARIBOISIÈRE)

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1914

N°

Thèse pour le Doctorat en Médecine

De la Prétendue Atrophie

DE

LA PROSTATE

PAR

Jean PARIS



Né à Pontailier-sur-Saône, le 23 janvier 1884.

Ancien interne des Hôpitaux de Paris et du Service Civile.

Médaille de Bronze de l'Assistance Publique.

Président de Thèse : M. LEGUEU, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER HENRY, ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, VI^e

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....		M. LANDOUZY
Professeurs.....		MM.
Anatomie.....		NICOLAS
Physiologie.....		CH. RICHET
Physique médicale.....		WEISS
Chimie organique et chimie générale.....		DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.....		ACHARD
Pathologie médicale.....		(WIDAL
Pathologie Chirurgicale.....		TEISSIER
Anatomie pathologique.....		LEJARS
Histologie.....		PIERRE MARIE
Opérations et appareils.....		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.....		AUGUSTE BROCA
Thérapeutique.....		POUCHET
Hygiène.....		MARFAN
Médecine légale.....		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.....		LETULLE
		ROGER
		(DEBOVE
		LANDOUZY
		GILBERT
		(CHAUFFARD
		HUTINEL
		GILBERT BALLET
		GAUCHER
		DEJERINE
		(PIERRE DELBET
		QUENU
		RECLUS
		HARTMANN
		DE LAPERSONNE
		LEGUEU
		(BAR
		PINARD
		(RIBEMOND-DESSAIGNES
		POZZI
		KIRMISSON
		A. ROBIN
 Agrégés en exercice		
MM.		
AGLAVE	GUENIOT	LEREBoullet
BERNARD	GUILLAIN	LERI
BRANCA	JEANNIN	LOEPER
BRUMPT	JOUSSET ANDRÉ	MAILLARD
CAMUS	LABBE HENRI	MOCQUOT
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVAS	MULON
CHAMPY	TINE	NICLOUX
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT
COUVELAIRE	LECENE	OKINCZYC
DESMAREST	LEMIERRE	OMBREDANNE
GOUGEROT	LENORMANT	RATHERY
GREGOIRE	LEQUEUX	RETTERER
		RIBIERRE
		RICHAUD
		ROUSSY
		ROUVIERE
		SAUVAGE
		SCHWARTZ
		SICARD
		TANON
		TERRIEN
		TIFFENEAU
		VILLARET
		ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

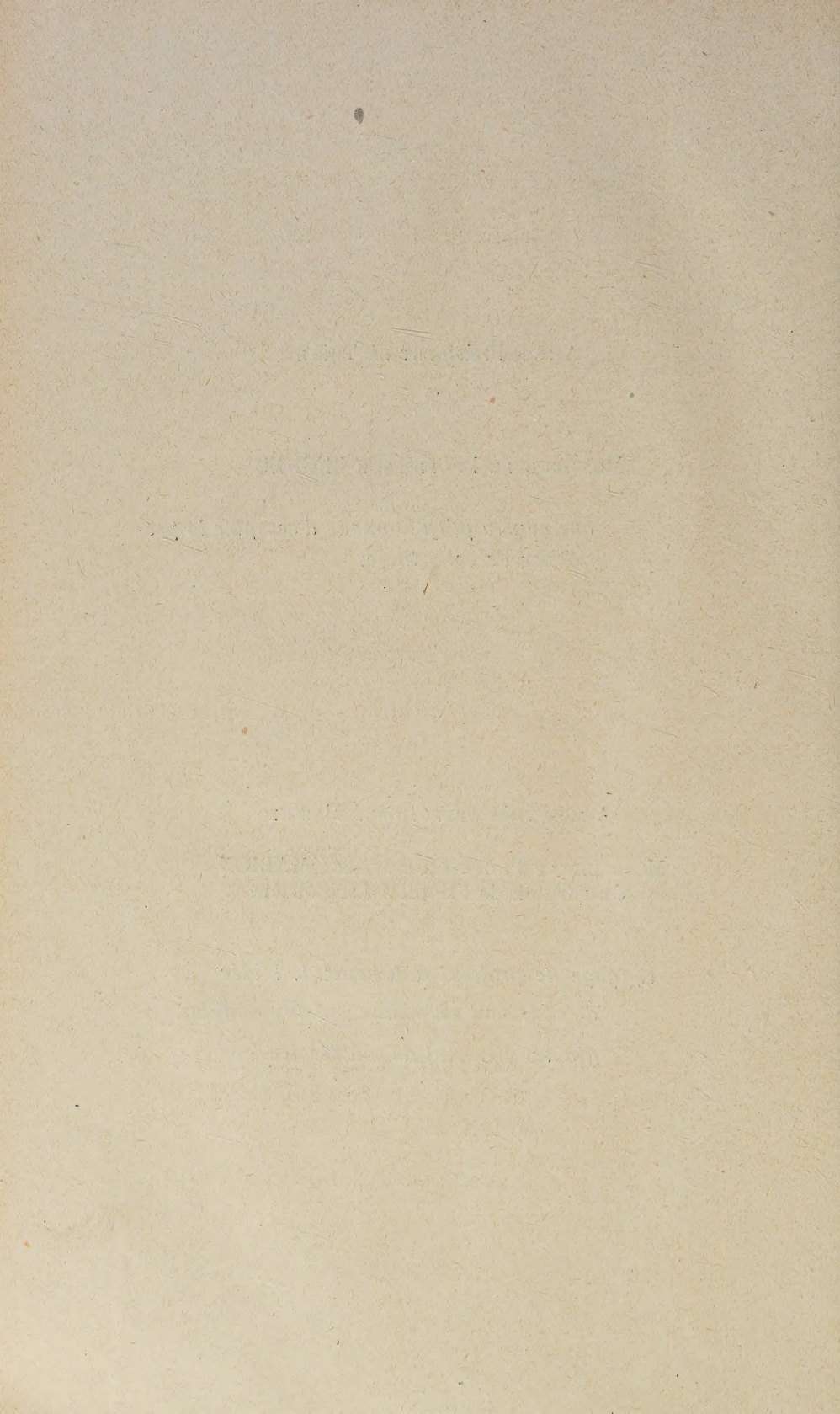
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEGUEU

qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MON TRÈS AFFECTIONNÉ MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARION
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

*en gage de profond attachement. L'idée
de ce travail est sienne, les observations originales
viennent de son service.*



A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE DIJON

M. LE DOCTEUR BROUSSOLLE,

A MM. LES DOCTEURS BARON, COLLETTE,
DEROYE, DUBARD, PARISOT, ZIPFEL,

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Externat :

1906-07 : M. le D^r SEGOND (Salpêtrière) (*in memoriam*).

1907-08 : M. le D^r TALAMON (Bichat).

1908-09 : M. le D^r MOSNY (Saint-Antoine).

Internat :

Provisoriat : M. le D^r REYNIER (Lariboisière).

1909-10 : M. le D^r MICHON (Cochin, annexe).

Titulariat :

1910-11 : M. le D^r VILLEMIN (*In memoriam*).

M. le D^r OMBREDANNE

(Bretonneau).

1911-12 : M. le D^r ROUTIER (Necker).

1912-13 : M. le D^r MARION (Lariboisière).

(Service Civile)

1913-14 : M. le D^r RICARD (St-Antoine).

A MES AUTRES MAITRES : LES DOCTEURS CHIFOLIAU
HEUGUIER, LABEY, LAUBRY, LENORMANT,
MILIAN, MOUCHET.

A MON MAITRE ET AMI LE DOCTEUR PIERRE MASSON

Historique et définition du sujet

Il pourrait sembler superflu de définir l'atrophie de la prostate, le terme est assez explicite par lui-même. Cependant il est bon de préciser la valeur des mots sur un pareil sujet, l'histoire de l'hypertrophie prostatique nous l'apprend : si l'on pensait, il y a peu de temps encore que l'hypertrophie est localisée sous forme d'adénome, réelle de toute la glande, actuellement il est admis de tous que l'hypertrophie est localisée sous forme d'adénomes, on discute seulement pour savoir quel est le point de départ de ces adénomes, c'est pourquoi on n'a pas encore changé définitivement le nom de l'hypertrophie prostatique, mais ce nom ne trompe plus personne.

En serait-il de même pour l'atrophie prostatique ? aucunement « le mot d'atrophie devant être interprété, ici comme ailleurs, dans le sens d'une diminution de volume portant en même temps sur la masse de l'organe et sur chacun de ses éléments constitutifs. » (VOILLEMIER et L. DENTU).

Telle est bien en effet la conception des auteurs allemands qui décrivent l'atrophie de la prostate. Voici comment BURKHARDT la comprend : « Par atrophie de la prostate on comprend tous les cas dans lesquels il y a diminution de la glande en volume et en poids, résultant soit d'une régression plus ou moins régulière, soit d'une ab-

sence de développement des éléments constitutifs normaux. Cette atrophie est ou partielle limitée à l'un ou l'autre lobe, ou totale intéressant la prostate dans toutes ses parties. »

VON FRISCH n'est pas moins clair : « on entend par atrophie de la prostate une diminution de volume de cet organe, due à des causes très diverses et pouvant provenir de métamorphoses régressives très variées. » C'est donc indéniablement de l'atrophie vraie de la prostate que veulent parler les auteurs qui la décrivent, de l'atrophie de la glande elle-même. Cette atrophie peut bien évidemment avoir pour conséquence d'altérer plus ou moins l'urètre et le col de la vessie qu'entoure la glande, mais ces altérations seraient secondaires et l'atrophie primitive. Ainsi comprise, l'atrophie prostatique est une conception essentiellement *allemande*, tous les traités de langue allemande lui consacrent une étude détaillée et lui réservent une place à côté de l'hypertrophie. SOCIN dans le traité de chir. de BILLROTH-PITHA (1875) BURKARDT dans la *Deutsche Chirurgie* (1902) VON FRISCH dans son traité des maladies de la prostate (1903) CASPER enfin dans son traité d'urologie (1910). Entre temps paraissent des monographies ou articles de MICHAEL (1891) STRAUCH (1894) et surtout celle d'ENGLISH (1902). En Angleterre THOMPSON a consacré (1886) un important chapitre à ce sujet.

Toutes ces descriptions se ressemblent beaucoup et le sujet était resté stationnaire jusqu'à ces dernières années. C'est depuis trois à quatre ans seulement qu'il est redevenu d'actualité en Allemagne à la suite de la publication de BARTH (1911) relatant deux cas d'énucléation de petite prostate suivis de succès — et de l'article important

de GROGSLIK qui est d'ailleurs antérieur à la publication de Barth. Depuis lors les cas se succèdent sans cesse dans les périodiques allemands (KUMMEL, SUSSENGUTH, COESAR, POSNER, DATYNER) et au dernier congrès d'urologie allemand tenu à Berlin en 1913, le traitement chirurgical de l'atrophie prostatigine a fait l'objet d'un rapport de STEINER et la question a été discutée par BLUM, SCHULTHEIS, KROPELT, F. STRAUS, VOELKER, ZUCKERKANDL. Cette recrudescence d'intérêt a été provoquée par les résultats favorables obtenus par énucléation transvésicale de ces petites prostates, origine de nombreux troubles urinaires, que nous nommons depuis Guyon « prostatisme sans prostate. » Il semblerait donc que la science allemande ait découvert la cause de ce prostatisme sans prostate qui serait en réalité un prostatisme avec petite prostate atrophiée. Cette conception ne s'appuyait guère que sur des données cliniques jusqu'à ces toutes dernières années, et l'opération de FREYER aurait justifié pleinement cette conception, puisque grâce à elle on retire par énucléation un petit noyau d'un poids inférieur à celui de la prostate normale et puisque les malades guérissent par cette simple opération. La logique oblige donc à conclure que ces petites prostates, dites atrophiées, sont bien la cause des troubles urinaires.

Cette conception apparemment simple de la « PROSTATATAATROPHIE » soulève en réalité un problème beaucoup plus complexe, car jamais jusqu'alors il n'a été démontré que les prostates enlevées étaient des prostates atrophiées. Dès lors la *Prostataatrophie* n'a plus que la valeur d'un nom, tout comme la dite hypertrophie.

Ceci nous explique le mutisme presque complet des auteurs français sur ce sujet. On ne trouve l'atrophie pros-

tatique traitée que dans les anciens classiques, et encore n'en est-il fait mention que comme d'un état fortuit sans portée clinique : c'est ainsi que CIVIALE dans son traité des maladies des organes genito-urinaires (1841) signale l'atrophie réelle de la glande après abcès prostatique, rétrécissements urétraux avec dilatation rétro-stricturale enfin l'atrophie concomitante des calculs vésicaux ; mais il ne lui donne pas de personnalité clinique. HARRISON, dans l'encyclopédie de chirurgie de GOSSELIN (1888) fait plutôt mention de quelques cas spéciaux observés par lui et pense que l'atrophie de la prostate peut jouer un rôle important dans l'impuissance masculine. Lui aussi ne reconnaît aucun intérêt clinique pratique à cette affection. Enfin VOILLEMIER et LE DENTU (traité des maladies des voies urinaires 1880) traitent ce sujet plutôt pour l'éliminer « par suite d'un fâcheux abus de langage on a décrit sous le nom d'atrophie de la prostate des altérations d'un ordre tout différent qui souvent n'avaient entre elles aucun rapport. Par exemple qu'y a-t-il de commun entre le développement incomplet de la prostate, qui est un vice de conformation congénital et la destruction partielle de l'organe par un abcès ou un néoplasme ? Et pourtant ces deux sortes de lésions figurent dans la classification de THOMPSON. » — aussi dans la suite l'atrophie de la prostate est-elle rayée du cadre des ouvrages classiques : ALBARRAN, LEGUEU n'en font pas mention, sinon à l'occasion d'autres affections qui peuvent la provoquer.

En tout cas, pour les auteurs français, jamais l'atrophie de la prostate n'a été rendue responsable de troubles urinaires graves, comme la rétention et l'incontinence. sa partie clinique, la description allemande correspond aux cas que nous appelons « prostatisme sans prostate » appellation d'attente, au « prostatisme visical » (GUYON, CIEKANOWSKI) appellation erronée.

En somme, toutes ces recherches, en apparence divergentes, convergent vers un même but, trouver la cause de ces rétentions en apparence essentielles qu'on observe assez souvent sans qu'on leur découvre une raison mécanique, réflexe ou nerveuse. On sait que GUYON, CIECANOWSKI accusaient la dégénérescence du muscle vésical, qu'ALBARRAN et NOGUES, BAZY et JANET rapportaient ces cas à une « inhibition vésicale » provoquée par une lésion minime. S'il est démontré que des cas isolés peuvent avoir une étiologie spéciale : pyclo-néphrite (MARION) calcul inférieur de l'urètre (FENWICH), la majorité de ces rétentions conservent une étiologie obscure, hypothétique et leur traitement reste ou plutôt restait forcément livré au hasard. Et comme, en désespoir de cause et en raison de l'analogie symptomatique avec l'hypertrophie, on en vint à rechercher l'obstacle au niveau du col de la vessie sous forme d'un petit nodule ou d'un anneau, on a ainsi observé que la rétention pouvait dépendre d'obstacles très minimes, et qu'elles guérissaient complètement après ablation de très petites prostates: PETIT cite déjà (1902) de ces petites hypertrophies enlevées par voie périnéale par Albarra, BARTRINA au Congrès d'urologie de 1908 rapporte un brillant succès obtenu en enlevant un prostate de 8 gr. de même RIVET en 1912, VIANNAY (1912) BLANC (1913). Enfin et surtout M. MARION (1912) a attiré l'attention sur ces très petites prostates qui sont très souvent les facteurs du prostatisme sans prostate, confirmant ainsi les vues de MOTZ et ARRÈSE (1903) et établisse l'origine cervicale du nombre de ces rétentions. On peut interpréter dans le même sens les observations rapportées par CATHELIN et ESCAT au dernier congrès d'urologie (1913).

En somme la valeur de l'énucliation de ces petites pros-

tates, de ces petits adénomes est connue chez nous depuis plusieurs années déjà, le mérite n'en revient nullement à BARTH comme le disent les auteurs allemands qui appellent prostates atrophiées ce que nous appelons de petites hypertrophies.

Mais ces petites hypertrophies affectent parfois la forme d'anneaux lissés, arrondis et gros comme une cerise, contenant l'urètre à leur centre et l'enserrant ; ces cas correspondent certainement à la « *Contracture du col* » des Américains (FULLER, KEYES, CHETWOOD, et cette contracture du col n'est elle-même que l'analogie de l'atrophie inflammatoire de la prostate, si bien qu'elle doit trouver place à côté d'elle. Nous présenterons donc le tableau de l'atrophie de la prostate telle qu'elle est conçue par les Allemands, puis celui de la contracture du col.

Nous rappellerons ensuite brièvement l'anatomie de la région prostatique et surtout cervicale afin de situer avec plus d'exactitude et d'établir avec plus de solidité les deux processus que l'on confond sous le nom d'atrophie de la prostate :

— L'atrophie glandulaire vraie qui est un état anatomique sans valeur clinique.

— La pseudo atrophie, qui comprend les petites prostates énucléées chirurgicalement, et correspond en clinique à ces faits de rétentions sans cause, de « prostatisme sans prostate ».

PREMIÈRE PARTIE

Atrophie de la Prostate

Description Allemande

La description qui va suivre est empruntée essentiellement à BURKHARDT dont nous suivrons le plan.

ETIOLOGIE, PATHOGÉNIE. — L'atrophie prostatique peut s'observer à tout âge, mais elle est plus fréquente de beaucoup après 50 ans.

C'est au total une affection assez rare, mais dont la fréquence est diversement appréciée par les différents auteurs suivant que leurs statistiques ont été faites sur le cadavre ou sur le vivant. Des statistiques nécropsiques ont été faites par Socin, Thompson, Mener, et Burkhardt. SOCIN trouve que 20 à 30 % des hommes ayant passé la cinquantaine ont de l'atrophie. THOMPSON qui a examiné 164 cadavres d'hommes de 60 ans et au-delà et qui considère comme atrophie toute glande pesant moins de 12 gr. 5, trouve que dans 97 cas la prostate était normale, dans 56 autres hypertrophiés, enfin dans 11 atrophies, l'atrophie serait donc cinq fois moins fréquente que l'hy-

hypertrophie. MESSER trouve que dans 20 % des cas la prostate pèse moins de 15 gr. 3. Enfin BURKHARDT au cours de 300 autopsies d'hommes de plus de 36 ans constate que l'atrophie existe dans 2,6 % des cas. Ces différences déjà assez nuisibles s'expliquent par ce double fait que les sujets examinés étaient suivant les cas d'âges très différents et qu'on n'a pas tenu compte du poids relatif de l'organe par rapport au poids du corps. Il faut reconnaître aussi que le poids normal de l'organe varie sensiblement suivant les auteurs.

DITTEL et CHRASTINA ont examiné la prostate sur le vivant et sur 115 examens ont trouvé que l'hypertrophie se rencontrait dans 15,6 %, et l'atrophie dans 30,5 %. L'atrophie serait donc deux fois plus fréquente que l'hypertrophie ! Cette proportion est manifestement exagérée; GROGLICK a relaté dans 110 cas d'insuffisance vésicale observés par lui chez des individus de 52 à 90 ans 87 cas d'hypertrophie, et 23 cas d'atrophie, soit 21 % d'atrophie. Encore faut-il insister sur la valeur théorique de ces résultats, fournis uniquement par l'examen physique qui permet d'apprécier très approximativement le volume de l'organe. D'ailleurs qu'importe la fréquence de l'atrophie prostatique elle-même ; bien plus intéressante serait la connaissance de la valeur clinique de l'atrophie de la prostate, c'est précisément ce qu'a tenté de déterminer BURKHARDT en recherchant non plus l'atrophie sur des cadavres ou sur des malades de toute nature, mais au contraire sur des patients souffrant d'affection des voies urinaires : or sur 1673 patients de cette sorte il n'a pu découvrir d'atrophie certaine que 11 fois, soit dans 0,65 % et encore sur ces 11 cas 7 concernaient des hommes de plus de 50 ans. On voit donc combien est rare l'atrophie

de la prostate susceptible de présenter un intérêt clinique.

Enfin plus récemment STEINER, SCHULTHEIS ont montré quelle était la fréquence opératoire de ces atrophies, de ces petites prostates obtenues par énucléation transvésicale : Stenier l'a rencontrée 4 fois sur 43 prostatectomies ; Schultheis 3 fois sur 47, proportions toutes différentes de celles qu'avait fournies GROGSLIK sur les données de l'examen physique. Le nombre de ces cas opératoires actuellement publié en Allemagne est de 22 (STENIER 1 : BARTH 2 — GROGSLIK 3 — SUNENGUT 1 — KUMMEL 4 — POSNEN 4 — COESAR 3 — STENIER 5).

Tous ces cas d'atrophie n'appartiennent d'ailleurs pas à une même espèce, il y a plusieurs variétés : BURKHARDT en décrit 5 formes : inflammatoire, cachectique, par pression, sénile et congénitale. ENGLISH réserve le nom d'atrophie vraie aux 4 premières formes et appelle la forme congénitale : *petitesse* (Kleniheit) de la glande. Chacune de ces formes a une pathogénie spéciale.

1) *Forme inflammatoire et traumatique* (SOCIN), encore appelée avec subtilité destructive (Schweind) par ENGLISH raréfiante (verôdiug) par V. FRISCH. Cette forme est consécutive à une *inflammation* ou une *suppuration* de la glande. Cette inflammation aboutirait à l'atrophie et non plus à l'hypertrophie, quand elle commencerait par la périphérie de la glande d'après CIECANOWSKI : « les prostates dans lesquelles on ne trouve pas de lésions inflammatoires intraglandulaires et où la prolifération conjonctive se localise exclusivement ou presque exclusivement à la périphérie, aboutissent à une atrophie post-inflammatoire. La plus grande partie du tissu conjonctif de nou-

velle formation, apparu à la périphérie, se transforme ici en tissu cicatriciel, se rétrécit et provoque peu à peu l'atrophie complète des fibres musculaires et surtout des culs de sac glandulaires qui se trouvent entre ces foyers cicatriciels ». Au contraire en cas de suppuration il y a destruction d'une partie de la glande et formation à sa place d'un noyau cicatriciel rétractile. Comme origine cette inflammation est le plus souvent *blennorragique* (3 cas de STRAUCH chez des individus de 21 à 32 ans, 2 cas de BARTH 5 cas de STENIER, etc.).

Parfois elle est consécutive à une tuberculose guérie de l'organe et BURKHARDT cite à ce sujet 3 observations personnelles, l'une d'épididymite gauche avec atrophie du lobe prostatique correspondant, l'autre survenue au cours d'une périurétrite tuberculeuse, le 3° chez un tuberculeux rénal bilatéral avec atrophie complète. Exceptionnellement enfin l'atrophie peut être consécutive à une suppuration métastasique au cours de pyohémie (typhus, grippe, pneumonie, variole, rougeole). BURKHARDT cite une observation personnelle d'atrophie consécutive au typhus.

La forme traumatique ou opératoire se rattache à la forme inflammatoire au traumatisme et à l'atrophie. Cette atrophie post-opératoire se voyait surtout au temps où l'on faisait la taille périnéale latérale, un des lobes prostatiques était intéressé, se sclérosait et s'atrophiait après l'opération. Et BURKHARDT pense que l'on doit faire entrer dans cette catégorie certains cas d'atrophie observés après tentatives thérapeutiques sur le testicule ou le déférent : ainsi après injection d'iodoforme dans l'extrémité sectionnée du déférent, opération préconisée par JABOULAY dans l'hypertrophie prostatique ou injection de chlorure

de zinc dans le parenchyme testiculaire faits dans les mêmes circonstances à la façon de LANNELONGUE-BOUIN. Dans ce cas l'inflammation provoquée se serait propagée à la prostate et aurait entraîné l'atrophie. Ajoutons enfin qu'on a pu observer l'atrophie après traumatismes non opératoires : OBERLANDER et KOLLMANN citent chacun un cas de contusion grave du périnée (sans rupture de l'urètre) guérie lentement et ayant laissé à leur suite une atrophie partielle ou totale de la glande. La contusion aurait agi, ici aussi, en appelant et localisant un processus infectieux. Les fausses routes, en blessures de l'urètre prostatique pourraient également avoir la même conséquence : l'atrophie d'origine inflammatoire.

Cette forme est relativement fréquente par rapport aux autres, BRICKHARDT lui indique comme pourcentage 36,36 %.

2) *Atrophie consécutive aux maladies générales, forme cachectique* (SOCIN, ENGLISH), *atrophie par épuisement* (THOMPSON). — Toutes les maladies cachectisantes, avec dénutrition lente ou rapide peuvent produire l'atrophie de la prostate, atrophie par réduction, par amaigrissement comme celle de tous les autres organes. On l'observera donc surtout au cours de la tuberculose et surtout de la tuberculose pulmonaire, dans le *cancer* d'autres organes, enfin dans les *maladies aiguës* accompagnées de consommation. THOMPSON a trouvé à l'autopsie d'un tuberculeux jeune de 21 ans une prostate pesant seulement 3 gr. 45, et chez un tuberculeux âgé de 78 ans une prostate de 10 gr. 5. Le même chez un vieillard de 90 ans mort de *cancer* de la prostate ne pesait que 10 gr. 9 et THOMPSON spécifie bien que dans ces cas il ne s'agissait pas d'atro-

phie cachectique d'après l'aspect différent des altérations histologiques de la glande.

3) *Atrophie par pression*. Celle-ci résulte d'une compression mécanique persistante, progressive de la prostate qui entraîne une destruction des tissus, semblable à celle que nous observons dans les autres organes en de semblables circonstances. Souvent cette compression est exercée par des *tumeurs* des organes voisins : néoplasmes osseux ou rectaux, tumeurs liquides d'origine osseuse (abcès froids) ou nées dans les tissus voisins kystes hydatiques du bassin). Fréquemment aussi l'atrophie est d'origine *calculieuse* : CIVIALE avait remarqué que dans maints calculs vésicaux la prostate est petite, atrophiée, son développement a été entravé. BURKHARDT conteste la fréquence d'une telle atrophie, ne l'ayant pas observée, et admet au contraire comme constante l'atrophie provoquée par la présence de calculs de l'urètre prostatique ou de calculs vraiment prostatiques : ceux-ci atrophient plus ou moins la prostate suivant leur volume et leur nombre, ils peuvent la creuser de cavités ou même la réduire à l'état de simple bourse. Les *rétrécissements serrés* de l'urètre peuvent de même provoquer l'atrophie par un mécanisme un peu différent : sous la pression de l'urine retenue en arrière du rétrécissement, l'urètre se dilate en entonnoir, la glande s'étale avec lui et s'atrophie ; de plus les canaux excréteurs et les glandes se dilatent et s'atrophient par pression intrinsèque tout comme le fait de rein au cours des hydronéphroses. CRUVEILHIER dans son traité d'anatomie pathologique a rapporté deux cas de cette sorte. « Cette cause reste cependant rare et il est relativement plus fréquent de trouver associée à un re-

trécissement une hypertrophie qu'une atrophie de la prostate ». (BURKHARDT). Enfin BURKHARDT pense qu'il faut faire une place à l'atrophie déterminée par la présence longtemps prolongée d'une sonde dans l'urètre ; et pour cela il s'appuie sur deux observations rapportées par Bazy à l'Acad. de Méd. en 1897 ; ce dernier ayant observé chez deux prostatiques qu'il traitait par la sonde à demeure, une diminution très sensible, et même une véritable atrophie de l'organe hypertrophié.

4) *Forme sénile*, « la véritable atrophie au sens strict du mot » (V. FRISCH) qu'on oppose d'habitude à l'hypertrophie. Cette forme survient sans cause bien connue, presque toujours après la cinquantaine (V. FRISCH) ou même dès la quarantaine (ENGLISH). La prostate perdrait de son poids plus rapidement et de façon plus considérable que les autres organes, elle suivrait le même processus de raréfaction que les os, sans qu'on en saisisse la cause. Cette atrophie sénile serait la plus fréquente de toutes pour THOMPSON et MESSER qui lui donnent respectivement un pourcentage de 5,5 et 19 %. Mais comme le remarque BURKHARDT, ces auteurs ne tiennent compte que de données autopsiques, qu'ils ne confrontent pas avec les données cliniques, aussi arrivait-il à compter beaucoup de cas légers, à peine indiqué au point de vue anatomique, et sur lesquels retardent probablement les symptômes cliniques qui pourraient la traduire ; ceci nous explique pourquoi BURKHARDT a observé beaucoup moins fréquemment cette variété d'atrophie en examinant pourtant un très grand nombre de malades urinaires. Pour lui l'atrophie sénile ne se rencontre que chez 2,1 % des urinaires. Enfin envisagé comme cause de prostatitis-

me l'atrophie correspondrait à 20 % du cas (GROGSLICK), à 10 % seulement d'après les données opératoires (STENIER) ou même moins (SCHULTHEIS). La statistique de BURKHARDT semble d'ailleurs un peu entachée d'erreur, car il y fait entrer deux cas d'atrophie sénile observés chez des malades qui avaient subi l'un une castration double, l'autre une castration simple, 16 et 14 ans auparavant. En sorte que ces cas appartiendraient plutôt à la forme suivante.

5) *Forme congénitale ou fonctionnelle* (ENGLISH). — ENGLISH distingue en effet deux types différents : l'un d'atrophie ou de petitesse vraiment congénitale, où la glande est petite parce qu'elle s'est constituée et est restée telle, c'est la *petitesse constitutionnelle* d'ENGLISH, l'autre qui serait une atrophie acquise, fonctionnelle et qui correspondrait à la forme congénitale des autres auteurs.

A) Décrivons celle-ci tout d'abord.

Cette atrophie congénitale ou fonctionnelle peut être le résultat de malformations congénitales portant sur le testicule, rarement sur d'autres organes, ou au contraire succéder d'une castration ou à une affection distinctive du testicule.

L) *Malformations congénitales*. Nous éliminons d'abord les malformations prostatiques mêmes, très rares, d'ailleurs, un lobe prostatique peut être transposé (LUSCHKA) ou manquer (BÉRAUD) sans autres anomalies, il y a alors défaut et non atrophie de la prostate. Le plus souvent il s'agit d'atrophie observée au cours de l'absence ou de l'ectopie testiculaire, soit unilatérale (monorchidie) soit bilatérale (cryptorchidie), parfois encore cette atrophie

s'observe concomitamment avec une atrophie simple du testicule, ou encore au cours de l'exstrophie vésicale, ou des malformations du rein. En cas d'ectopie testiculaire la prostate reste petite, infantile elle ne se développe pas. à l'instar du ou des testicules ectopiques. SOCIN rapporte un cas d'atrophie totale avec monorchidie, LANNOIS cite plusieurs observations de cas semblables, accompagnés d'atrophie unilatérale ou bilatérale de la prostate, et d'atrophie concomitante de la vésicule séminale. Mais il faut remarquer que l'atrophie ne correspond pas toujours au côté du testicule ectopique, qu'elle peut être totale avec une ectopie unilatérale, ou inversement qu'elle peut faire défaut en pareil cas. De plus BURKHARDT cite un cas d'*hypertrophie des deux lobes* de la prostate chez un homme de 59 ans porteur d'un testicule utopique gauche complètement atrophie.

B) *Castration ou maladie des testicules.* La castration produit des résultats différents suivant qu'elle est faite avant la puberté ou après celle-ci, chez l'enfant ou chez l'adulte. La castration est-elle faite avant la puberté, la prostate et les vésicules séminales restent à l'état infantile, avec la même structure que la prostate sénile atrophiee, c'est à dire avec prédominance très marquée de l'élément fibro-musculaire sur l'élément glandulaire. Tel est le résultat fourni par les autopsies d'eunuques faites par BILHARZ, GRUBER, ZODARD, LANNOIS, PÉLICAN.

Il en va tout autrement si la castration a été faite après la puberté alors que la glande a atteint son complet développement. La prostate passe alors par plusieurs stades régressifs. Aussitôt après la castration la glande subit une « déplétion » et devient plus petite et plus dure. Plus

tard commencent les métamorphoses régressives par les éléments glandulaires : les cellules épithéliales subissent une dégénérescence grasseuse et se résorbent entraînant une atrophie de plus en plus marquée de l'organe. Enfin peut être dans une troisième phase les éléments fibro-musculaires subissent-ils eux aussi une atrophie, dont la réalité n'est pas démontrée avec certitude. C'est sur de semblables constatations qu'a été préconisée la castration dans l'hypertrophie de la prostate. « Si cette opération donne dans ce cas un résultat rapide et favorable, celui-ci se rapporte surtout, à mon avis, à une *décongestion* momentanée de la glande. Quant à l'atrophie consécutive des éléments glandulaires et fibro-musculaires hypertrophiés, elle n'a pas encore été péremptoirement démontrée jusqu'ici. Cette conclusion s'applique plus encore aux opérations entreprises sur les voies séminales pour obtenir l'atrophie » (BURKHARDT).

Les maladies générales ou locales qui peuvent entraîner à leur suite l'atrophie du testicule provoquent, du côté de la prostate, les mêmes régression que la castration ainsi la syphilis du testicule, congénitale ou acquise, les orchites surtout celles des oreillons.

B) *Atrophie constitutionnelle* d'ENGLISH. ENGLISH justifie d'ailleurs assez mal la création de cette variété, qui nous semble se rattacher à l'atrophie par maladies générales ou par trouble de développement. Pour lui n'appartiennent à ce groupe que les petites prostates non développées et restées telles sans que soit intervenue une maladie causale. Ces petites glandes se reconnaîtraient à ce qu'elles ont gardé leur consistance normale. L'origine en serait dans un développement incomplet de tout l'orga-

nisme, particulièrement du testicule et de la vessie dont la paroi resterait mince, faible, flasque sans tunique musculaire bien développée. ENGLISH aurait rencontré cette atrophie dans 190 cas sur 1757 examens. L'intérêt de cette atrophie serait dans ce fait qu'elle peut provoquer la formation d'une *valvule du col* de la vessie, celle-ci se produisant d'après ENGLISH, suivant un mécanisme hypothétique. Au cours de cette atrophie les faisceaux supérieurs du sphincter interne étant reliés peu solidement à la glande elle-même et aux faisceaux inférieurs deviendraient relativement indépendants de la prostate ; comme ces faisceaux sont au contraire reliés assez solidement au pubis par les ligaments pubo-vésicaux leur contraction attirerait en avant l'origine de l'urètre à sa partie postérieure, soulevant celle-ci en se rétractant : ainsi se formerait peu à peu la valvule du col dur à la contraction physiologique du sphincter. Cette valvule est en somme l'homologue de la valvule musculaire de MERCIER.

Son rôle si important jadis à perdu presque tout discrédit de nos jours.

Telles sont les multiples formes pathogéniques reconnues à l'atrophie prostatique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — L'atrophie peut donc porter sur un ou deux lobes ; elle peut être plus ou moins accusée si elle est totale et réduire presque jusqu'à néant le volume et le poids de la glande : les lobes en viennent à avoir à peine le volume d'une fève, ils sont presque impalpables ; THOMPSON considère comme sûrement atrophiées les prostates qui pèsent moins de 12 gr. 5 ; celles dont le poids oscille entre le 12,5 et 15,36 ne peuvent

être classées qu'après examen histologique. La plus petite prostate trouvée par THOMPSON pesait 3 gr. 45.

La prostate atrophiée est d'une consistance plus ferme, plus résistantes. Tandis que sur la coupe d'une prostate normale la substance glandulaire se présente avec un aspect spongieux, une couleur rouge jaunâtre ou rouge grisâtre. L'aspect est un peu spécial dans certains cas : ainsi dans l'atrophie consécutive aux rétrécissements de l'urètre, les orifices d'embouchement des canaux excréteurs dans l'urètre prostatique sont très dilatés sous forme de véritables cellules susceptibles d'arrêter les sondes. Souvent cette dilatation existe aussi à l'intérieur même de la glande qui a l'aspect d'un véritable système caverneux. Dans l'*atrophie sénile* on trouve des cavités remplies de liquide remplaçant les glandes atrophées et aussi de petits kystes formés aux dépens des canaux excréteurs dilatés et contenant parfois des calculs. C'est la forme décrite par STEINLEN sous le nom d'*atrophie cellulaire*.

Du côté de la vessie on peut montrer une valvule au niveau du col, valvule qui diffère par sa direction horizontale des *plis* muqueux verticaux observés dans l'hypertrophie. ENGLISH distingue 3 sortes de ces valvules faisceaux musculaires, très rare ; la valvule musculaire, plus épaisse et plus semblable aux plis de l'hypertrophie ; enfin la valvule musculo-glandulaire qui contient des nodules glandulaires plus ou moins importants. Ces valvules manquent généralement dans les autres formes d'atrophie. La cavité vésicale est plus ou moins distendue suivant les cas, la paroi est faiblement développée, ailleurs épaissie. En cas de distension vésicale on put observer aussi de la distension des voies urinaires supérieures.

Examen microscopique. L'examen histologique fournit

la meilleure preuve de l'existence de l'atrophie. ATHANASOW qui a étudié celle-ci expérimentalement en donne la description suivante :

« A un faible degré d'atrophie, modification des tubes glandulaires et, par exemple, effacement de leurs papilles ; dégénérescence graisseuse des cellules, multiplication amiotique des noyaux, réduction de la hauteur de l'épithélium.

A un degré plus avancé de régression, effacement des acinis glandulaires et augmentation du tissu fibro-musculaire, rétraction des canaux excréteurs, parfois disparition complète d'un lobule glandulaire ».

D'autre part LAUNOIS, dans les cas qu'il rapporte, donne la coupe d'une hémiatrophie de la prostate. On y voit les glandes de plus en plus réduites alors qu'augmente le tissu conjonctif.

Certaines formes étiologiques ont des caractères histologiques propres : la *forme sénile*, tout comme l'atrophie causée par castration dans le jeune âge, présente un stroma ou tissu fibro-musculaire particulièrement dense « et souvent ce tissu paraît ordonné sous forme de petites tumeurs ». (BURKHARDT). Dans la forme *cachectique* au contraire tous les tissus de l'organe sont réduits dans la même proportion, de sorte que la coupe se montre analogue à la normale, mais réduite. Dans la forme *inflammatoire* (GIECANOWSKI) les altérations du stroma prédominent « celles-ci se présentent soit sous l'aspect d'infiltration de petites cellules, soit sous celui d'agglomération de cellules fusiformes ; très souvent ces centres cicatriciels contiennent les restes des glandes atrophiées contenant des corps amylicés » qui peuvent même

se trouver directement dans le stroma. Ces altérations du stroma prédominent autour des espaces glandulaires, ce qui forme leur caractéristique d'après CIECANOSWSKI.

SYMPTOMES. — Au point de vue clinique on observe surtout les formes inflammatoire et sénile, et ce sont elles qui fourniront les éléments du tableau clinique. Ce tableau est d'ailleurs suceptible de variations suivant le degré de l'atrophie et surtout suivant l'importance de la gêne produite par l'atrophie du côté des voies d'excrétion de l'urine.

Les *syntômes subjectifs* peuvent faire défaut dans les formes légères, au contraire dans les forme accusées on trouve toute une gamme de syntômes qui commencent par de la dysurie pour atteindre aux plus hauts degrés de l'ischurie paradoxale.

Les syntômes subjectifs du *début* sont généralement de la *pollakiurie* nocturne et diurne provoquée non pas par congestion comme dans l'hypertrophie mais par « atrophie des nerfs de la prostate et notamment des cellules ganglionnaires et des ganglions nerveux de la périphérie de la prostate » (V. FRISCH). Mais à ce moment la vessie s'évacue complètement et si le nombre des mictions est accru, c'est parce que le volume de chacune est moindre, et non parce que la quantité d'urine des 24 heures est augmentée. Ensuite s'ajoute de la *dysurie* : le jet est faible malgré les efforts, il y a de l'incontinence post-mictionnelle, et des brûlures urétrales irradiées au périnée et au gland.

À la *période d'état* le syntôme primordial est généralement l'incontinence vraie ou *énurésie*, incontinence qui

est d'abord nocturne, puis devient diurne et enfin continue. Cette incontinence est due à l'insuffisance du sphincter dont les fibres s'atrophient ou disparaissent en partie, de même que disparaissent les tissus prostatiques : et dans ces cas il n'y a jamais de résidu dans la vessie. En effet l'incontinence peut avoir une autre pathogénie, elle peut n'être que la conséquence de la rétention avec distension c'est-à-dire une incontinence par rengorgement, on trouve alors un important résidu vésical tout comme dans l'hypertrophie.

Il existe alors pour expliquer cette rétention une valvule, un repli cervical faisant obstacle mécanique, valvule formée par la muqueuse qui s'est repliée par suite de l'atrophie rapide de la glande qui la supportait tout comme se plisse la peau des personnes qui maigrissent rapidement. S'il y a rétention et distension vésicale, celles-ci entraînent à leur suite de la polyurie, de l'albuminurie, le rein dégénère par pyélonéphrite ascendante (aseptique) et peu à peu se constitue l'intoxication urinaire, l'urémie.

L'urine devient généralement et rapidement *catarrhale*, trouble. Il s'agit rarement de cystite aiguë et seulement si le malade a été infecté par un cathétérisme explorateur, généralement il s'agit d'une cystite chronique peu intense. Cette cystite apparaîtrait dès le début pour FRISCH ; pour BURKHARDT elle ne serait constante qu'une fois l'incontinence constituée, les microbes de l'urètre pouvant facilement cultiver dans le canal plus ou moins déformé et gagner la vessie puisque le sphincter insuffisant ne fait plus barrière.

Enfin le dernier signe fonctionnel important de l'a-

trophie prostatique, c'est l'*impuissance génitale*, annoncée d'abord par une diminution de la puissance virile, puis devenant plus ou moins complète ; les malades n'ont plus en général que des érections rares, courtes et incomplètes. La composition du sperme s'altère, plusieurs fois FRISCH aurait rencontré des spermatozoïdes immobiles, altérés, le liquide prostatique qui leur est nécessaire faisant défaut ; et BURKHARDT a observé dans quelques cas de l'azoospermie. HARRISON avait remarqué que deux malades porteurs d'atrophie de la prostate étaient restés inféconds, aussi pense-t-il que cette affection est la cause la plus habituelle de la stérilité masculine. Cependant il peut y avoir *faux aspermatisme* au cours de l'atrophie prostatique, par régurgitation intravésicale du sperme que ne pourrait retenir le sphincter insuffisant. Le sperme est ensuite évacué avec l'urine. FRISCH signale un cas de ce genre « caractérisé par la régurgitation du liquide sémi-nal dans la vessie, fait qui, pour moi, confirme l'opinion que ce n'est pas la turgescence du veru montanum, mais le sphincter interne qui s'oppose au reflux du sperme dans la vessie lors de l'éjaculation ».

En résumé quand il y a insuffisance du sphincter seule le signe dominant est l'incontinence sans rétention ; quand en plus existe une valvule du col il y a au contraire rétention avec distension et incontinence par regorgement.

Formes. ENGLISH, de même qu'il décrit deux formes étiologiques et anatomiques, décrit de même deux types cliniques : celui de l'atrophie congénitale ou constitutionnelle, puis celui de la véritable atrophie qui est acquise. Dans le *premier cas* seulement avec valvules il y a

incontinence d'urine, souvent alliée d'ailleurs à une rétention partielle en raison de la faiblesse congénitale du detrusor surajoutée à celle du sphincter. Dans la seconde il y aurait rétention, la dysurie surviendrait plus tard ainsi que l'incontinence qui serait plus rare. Cette rétention ne serait pas due ici à la présence d'une valvule, mais au rétrécissement de l'urètre que la sonde sent dur, résistant et faisant obstacle. Le même processus qui sclérose l'urètre par voisinage, fixe la muqueuse vésicale du côté de la base de la prostate et l'empêche de se plisser et de former des valvules, d'autant que le sphincter est lui aussi dégénéré.

Telles sont les distinctions cliniques très subtiles d'Englisch, distinctions non acceptées d'ailleurs par les autres auteurs.

SYMPTOMES OBJECTIFS. — Quand on introduit une sonde dans l'urètre de tels malades on ne rencontre pas la résistance habituelle au niveau de l'urètre prostatique ou plutôt on brûle l'étape prostatique « et l'instrument tombe vraiment dans la vessie ». (FRISCH). Ceci s'explique facilement puisque la longueur de l'urètre au lieu d'être augmentée comme dans l'hypertrophie est ici diminuée. Ce symptôme avait été déjà noté par CIVIALE : « lorsque la sonde a franchi la courbure de l'urètre, elle paraît entrer subitement dans la vessie ; le col de la vessie étant alors plus rapproché de l'arcade pubienne, la partie prostatique de l'urètre se trouve très courte et en général fort dilatée et la partie membraneuse a beaucoup moins de longueur, en sorte que l'urine commence à couler aussitôt que les yeux de la sonde ont dépassé la courbure ». Au contraire pour VOILLEMIE et LE DENTU il n'y aurait

pas raccourcissement réel et cette sensation s'expliquerait d'une autre façon, la disposition serait telle « que le col de la vessie se trouve un peu plus en arrière du pubis et que cette disposition doit rendre le cathétérisme plus facile avec des instruments se rapprochant de la forme rectiligne ».

Cependant l'introduction de la sonde n'est pas dans tous les cas aussi facile : c'est ainsi que dans ces atrophies accompagnées de formation de cellules urétrales, vrais diverticules, la sonde peut s'arrêter dans ces culs de sac et produire facilement les fausses routes en perforant la muqueuse. De même s'il existe une formation *valvulaire* au niveau du col celle-ci peut arrêter l'instrument et il faut abaisser fortement le pavillon de la sonde métallique pour franchir cet obstacle que l'on sent sous forme d'un ressaut (ENGLISCH).

Le *toucher rectal* se fera toujours sur sonde urétrale préalablement mise en place et servant de plan résistant pour mieux apprécier l'épaisseur de la prostate. La prostate, au début, paraît plus petite et plus dure dans son ensemble, le sulcus prostaticus median tend à s'élargir et quand on recherche de chaque côté les deux lobes on les sent : ou étalés, donnant l'impression d'un simple épaissement de l'urètre, s'ils sont mous ; ou durs et plus nets s'ils sont résistants, à une période plus avancée la prostate est encore plus petite et peut même avoir complètement disparu, laissant à sa place une dépression lâche. Une sonde rigide se sent dans ces cas aussi nettement par toucher rectal à la partie membraneuse qu'à la partie prostatique, elle forme une véritable crête médiane saillante dans le rectum.

La prostate est généralement lisse parfois inégale et

rugueuse, elle n'est pas sensible à la pression (V. FRISCH) ailleurs un peu sensible ou même douloureuse (BURKHARDT). En la massant légèrement on fait sourdre au méat un sérosité claire ou louche suivant qu'il y a ou non infection.

La cystoscopie révèle enfin plusieurs altérations que BURKHARDT décrit ainsi : « A l'examen de cas avancés on observe généralement des lésions de cystite : rougeur diffuse, aspect velouté de la muqueuse, et par places des dépôts muqueux jaunâtres ou grisâtres. Si le catarrhe est insignifiant il se produit simplement de l'ectasie vasculaire, les vaisseaux dessinent de petites étoiles. Les colonnes vésicales sont d'habitude seulement ébauchées et parfois n'existent pas (à l'inverse de l'hypertrophie), ces formations manquent particulièrement dans ces cas de distension vésicale par valvule du col avec incontinence consécutive (ischurie paradoxale) ; il existe alors au niveau du col des *plis* muqueux faciles à reconnaître tel que je les ai rencontrés chez cet homme de 68 ans dont j'ai rapporté l'histoire. Au contraire dans l'atrophie ordinaire le col se présente sous forme d'un repli transversal à bord libre rectiligne ou légèrement concave, et par côté il n'existe aucune trace de tumeur saillante correspondant aux lobes latéraux ».

Le diagnostic n'est donc pas difficile en tenant compte de tous les symptômes que nous venons d'énumérer. Dans les cas d'atrophie peu accusée on éliminera les *affections nerveuses* susceptibles de provoquer les mêmes troubles urinaires, un examen attentif y suffira. Au contraire dans les cas de rétention accusée causée par valvules on ne confondra pas l'atrophie avec l'*hypertrophie* : dans l'atrophie la vessie se relâche et se distend beaucoup plus vite,

la 3^e période du prostatisme est plus tôt constitué car la paroi vésicale est faible congénitalement et ne peut s'hypertrophier pour lutter contre l'obstacle. De plus on n'observerait *jamais ici de ces accès de rétention aiguë* si fréquents au cours de l'hypertrophie, car il n'existe pas de congestion pour les provoquer. Enfin le volume de la glande diffère et à la cystoscopie les formations trabéculaires sont bien plus marquées dans l'hypertrophie.

Nous verrons par la suite que ce tableau clinique des classiques allemands ne correspond pas du tout à la réalité des faits récemment observés et publiés dans ce pays. Aucune observation ne relate les particularités schématiquement attribuées à « l'atrophie » de la prostate.

TRAITEMENT. Le traitement donne peu de résultats quand l'affection est constituée, aussi faut-il le plus possible essayer de la prévenir et faire un traitement prophylactique. C'est ainsi qu'on pourra prévenir l'atrophie inflammatoire en soignant une uretrite blennorrhagique postérieure, une fausse route, une prostatite, un abcès prostatique ou une tuberculose de cet organe. L'atrophie compressive sera plus facilement évitée encore en traitant opératoirement la tumeur voisine ou le calcul compresseur. Il n'y a au contraire aucun traitement possible contre la forme sénile ou consomptive ni contre la forme congénitale (sauf cependant s'il s'agit d'ectopie testiculaire). Il faut alors instituer un traitement pathogénique qui put n'être pas sans action, c'est à dire lutter contre le relâchement du sphincter : on passera pour cela de grosses sondes métalliques par intervalles ou même on en laissera une à demeure. Et surtout on fera de la *faradisation* du sphincter insuffisant « on se sert soit d'é-

lectrodes métalliques introduites dans le rectum, soit de fines électrodes urétrales isolées sur toute leur longueur et portant à leur extrémité un petit bouton métallique que l'on introduit dans la portion prostatique ». (V. FRISCH). On fera aussi des massages de la prostate, on donnera des bains de siège chauds et de la strychnine à l'intérieur.

Une fois que l'incontinence est constituée : on la traite ou simplement par port d'un urinal, ou opératoirement par torsion de l'urètre (GERSUNY). S'il y a en plus rétention il faudrait s'attaquer à la valvule du col : plutôt que de la sectionner au BOTTINI, mieux vaut aller la sectionner ou la réséquer (ENGLISCH) par voie haute ou par voie basse. La difficulté principale de l'opération est de saisir la valvule. Si l'on ne veut pas faire cette opération le malade est voué aux sondages. En cas de cystite, sonde à demeure.

Tout ce traitement, que nous avons exposé à la façon de Burkhart, est évidemment fort désuet, actuellement on s'attaque à la cause, à l'obstacle cervical soit par l'incision de BOTTINI, soit plutôt par la prostatectomie transvésicale défendue en Allemagne par BARTH le premier.

Nous verrons ultérieurement à quels cas d'atrophie s'appliquent ces traitements. Il nous faut auparavant compléter cette description de l'atrophie, par celle d'une forme qui est en apparence distincte mais qui en réalité s'y rattache, nous voulons dire la contracture du col.

Contracture chronique du col de la Vessie

Description

Nous avons vu qu'au cours de la prétendue atrophie de la prostate il y avait généralement un relâchement plus ou moins accusé du sphincter interne, fait qui notamment expliquait la fréquence et l'apparition prématurée de l'énurésie ou incontinence ; ici au contraire le fait dominant serait la contracture, le spasme suivi de rétraction du col. Mais nous ferons observer que ces dénominations sont purement pathogéniques et comme telles n'ont qu'une valeur hypothétique, tant que du moins ne sera pas démontrée la thèse qu'elles défendent.

De fait il y a similitude et même identité partielle des deux affections : l'étiologie est semblable, les symptômes sont analogues, la prostate est petite dans les deux cas, mais les américains ont été frappés surtout de ce fait que le col de la vessie était rétracté, rigide, que l'index ne pouvait plus le traverser, aussi pour eux cette sténose du col est-elle devenue la cause habituelle du prostatisme

sans prostate. Contracture du col veut donc dire pour eux col transformé en anneau épaissi et rigide, et non pas col contracté par spasme. Si le spasme peut mener à la contracture, il y a du moins une différence très sensible des deux états et telle que la contracture peut tout au plus être considérée comme une complication du spasme, l'un étant un état anatomique, l'autre un état physiologique.

HISTORIQUE. — Pourtant l'un et l'autre états ont été confondus, ce qui explique la fortune si variable du spasme du col, actuellement réduit au rôle de phénomène secondaire. C'est ainsi que ce spasme avait un rôle important dans la rétention d'urine pour CIVIALE (névralgie du col), THOMPSON au contraire lui refuse tout rôle et le considère comme une excuse de médecin inhabile aux sondages. ROCHET, von FRISCH lui reconnaissent pourtant un rôle chez les prostatiques (hypertrophie, prostatite) dont l'urètre serait hyperesthésié, Mais alors il s'agit de spasme réflexe, d'une réaction secondaire du sphincter ayant certainement un rôle et même un rôle important dans la constitution de la rétention, mais n'ayant plus la valeur d'une affection constituée comme « la contracture chronique du col ».

Cette contracture du col a été distinguée et défendue surtout par les américains. Le nom de contracture du col n'est qu'une transformation de celui de « névralgie du col » de CIVIALE et a été donné par PHILIPPS et adopté par KEJES père qui « l'a toujours expliqué dans ses leçons et en a inculqué la connaissance à ses aides » (KEJES fils). FULLER le premier décrit l'affection en 1897 sous le nom de « contraction chronique du tissu environnant le col de

la prostate » il reconnaît qu'il s'agit d'une stricture permanente ne cédant pas sous l'anesthésie, contracture semblable à celle du sterno dans le torticolis, formant bague autour du doigt et qu'on doit traiter par section de l'anneau. Il en rapporte 3 cas (obs. 18, 19, 20). CHETWOOD montre le premier la relation de cette affection avec certains cas de prostatisme sans prostate dans un rapport lu à l'*association américaine des chirurgiens génito-urinaires* le 2 mai 1901. Et le même auteur publie un important travail sur la question en 1905, il rapporte 36 observations. Bien qu'il la nomme « contracture du col », il pense que le spasme n'est pour rien dans sa production et qu'il s'agit d'une véritable lésion cicatricielle. KEJES fils comprend la rétraction du col dans une étude des rétrécissements inflammatoires de l'urètre postérieur (1905), cette contracture n'étant en somme qu'un rétrécissement localisé au col de la vessie et assez souvent associé à une sténose de tout l'urètre prostatique. CHOLZOFF (St-Pétersbourg) a repris récemment toute cette étude (*folia urologica* 1910), il défend la théorie du spasme et apporte 4 observations personnelles. Enfin au dernier Congrès français d'urologie de 1913 ESCAT prit pour sujet de communication : *rétraction du col vésical et prostatisme*, il montre le rôle prédominant de cette rétraction du col dans la rétention d'origine cervicale, que cette sténose accompagne une hypertrophie ou une atrophie vraie de la prostate, qu'elle résulte d'une prostatite ou d'une énucléation prostatique. Dans la plupart des cas la prostate était atrophiée. MORAN, LOUMEAU ont rapporté chacun un cas de rétraction du col (1904) pris pour des rétentions d'origine prostatique.

La parenté de la contracture du col avec l'atrophie pros-

latique est d'ailleurs reconnue aussi par les auteurs allemands : ENGLISCH décrit comme variété de l'atrophie congénitale une hypertrophie du sphincter interne, un *annulus hypertrophicus orificiï urétræ interni* produit par augmentation du nombre des faisceaux musculaires, formant un bourrelet épais autour du col et donnant des symptômes semblables à ceux de l'hypertrophie prostatique. Et BLUM conclut au congrès allemand d'urologie de 1913 « ces cas de contracture du sphincter vésical sont à proprement parler des cas de prostates dégénérées ; celles-ci provoquent une telle contraction du sphincter que la rétention semble due à sa seule atrophie inflammatoire ».

Donc prostatisme sans prostate : pour les uns, atrophie de la prostate : pour les autres, contracture chronique du col.

ETIOLOGIE-PATHOGENIE. — La contracture du col pourrait survenir de deux manières, soit par processus inflammatoire des tissus voisins, soit sans cause, comme une altération primitive, essentielle.

A) Souvent cette contracture aurait pour facteur pathogénique un processus inflammatoire et servirait de conclusion à une urétrite postérieure, à une prostatite, une cystite du col, ou une irritation chronique de cette région comme celle qu'entretiennent les calculs vésicaux (CHOLZOFF). Ces inflammations sont en général d'origine gonococcique ; la prostatite aboutirait à la rétraction du col dans sa forme fibreuse et atrophique qui produit un rétrécissement concentrique (LE FUR) de tout l'urètre pros-

tatique ou seulement du col si le processus se localise à cette région. La contracture du col serait dans tous les cas le produit d'une lésion cicatricielle.

B) Mais assez souvent cette origine inflammatoire ne peut être invoquée, CHOLZOFF ne peut relever aucun antécédent inflammatoire local dans 3 de ses observations et pense comme FULLER qu'il s'agit alors d'une *contracture primitive*. Mais comment expliquer celle-ci ? KEJES qui a lui aussi observé un cas semblable pense que le fait primitif doit être une congestion du col, congestion prolongée, à laquelle ferait suite la contracture. Mais il ne justifie aucunement l'apparition de cette congestion survenue si inopinément. CHOLZOFF accuse le spasme, à l'inverse de CHETWOOD qui le nie, « spasme de longue durée et souvent répété du sphincter interne », spasme qui serait fréquent chez les neurasthéniques urinaires et chez les faux urinaires dont le sphincter se contracte à la moindre occasion et au point qu'ils ne peuvent uriner devant quelqu'un ou si on les regarde. Il est vrai que dans ces cas on admet en général que le sphincter strié se contracte seul, mais il se contracterait de façon moins durable et moins intense que le sphincter lisse pour CHOLZOFF. Cette action du facteur psychique sur les fibres lisses est, pour lui, démontrée par plusieurs faits : influence des émotions sur les contractions péristaltiques etc.

D'ailleurs REHFISCH n'a-t-il pas prouvé par l'expérience suivante que le sphincter lisse peut se contracter volontairement. « La vessie d'un individu ayant été remplie avec 3 à 400 cc. de solution boriquée, une sonde est introduite assez loin pour que son œil se trouve dans la portion prostatique ; le patient est alors invité à uriner — ce qu'il fait aisément — et, au commandement, il peut

également interrompre la miction » (V. FRISCH). Quoi qu'il en soit il y aurait spasme du sphincter lisse, spasme assez souvent répété pour provoquer des troubles circulatoires au niveau du col, y localiser diverses inflammations et aboutir par ces intermédiaires à la sclérose du sphincter. CHOLZOFF répond ensuite à l'objection faite par ALBARRAN et NOGUES à cette théorie de la contracture du col. ALBARRAN et NOGUES rejetaient l'existence de ce spasme menant à la contracture, car, disaient-ils, chez ces malades la sonde ne rencontre aucun obstacle pour traverser l'urètre, et pourtant le spasme du sphincter strié est un obstacle facilement reconnu, le sphincter interne, surtout s'il est sclérosé, devrait également faire obstacle avant de permettre l'accès dans la vessie.

Mais CHOLZOFF prétend que la contracture du sphincter lisse ne doit pas opposer plus de résistance au passage des sondes que sa contraction tonique normale n'en fournit elle-même. Remarquons qu'on pourrait en dire tout autant du sphincter strié. Le FUR ajoute que cette contracture du col est toujours assez lâche pour laisser passer facilement les sondes 15. Mais alors pourquoi ce rétrécissement large, qui n'arrête pas les instruments, s'oppose-t-il au passage de l'urine ? CHOLZOFF nous l'apprend. Le spasme redoublerait au moment de la miction, c'est à dire quand le malade fait attention, d'autre part le spasme et la contracture consécutive soulèveraient la lèvre postérieure du col, fermant une sorte de valvule postérieure qui recouvrirait une partie de l'orifice urétral tout comme le fait se produit dans l'atrophie prostatique : alors que cette valvule n'arrête pas la sonde, elle gêne considérablement le cours des urines.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. En cas de contracture le col

est rigide, sténosé, sclérosé, surélevé ; la vessie est relâchée, atone et présente un bas-fond développé.

Les *examens histologiques* de cas semblables sont malheureusement très rares, les divers opérateurs se contentant en général de fendre le col sans l'enlever. Seul CHOLZOFF rapporte un examen histologique « on observe dans la couche longitudinale interne tout comme dans la couche circulaire externe (muscle sphincter vésical interne) un fort développement du tissu conjonctif, qui a presque partout l'allure de tissu fibreux et qui non seulement entoure le sphincter mais pénètre entre ses faisceaux. Ce tissu fibreux est suivant les points plus ou moins développé ; s'il est très développé le sphincter et ses faisceaux sont fortement comprimés, atrophiés, ils ne montrent plus que des noyaux mal colorés si même ils ne sont complètement détruits, nulle part n'existe de tissu conjonctif jeune, ni d'augmentation des faisceaux musculaires ».

SYMPTOMES. — Le tableau clinique est celui du prostatisme, sans aucun caractère spécial, sinon qu'on l'observe généralement chez des malades jeunes, de 30 à 40 ans. C'est dire que ces malades se plaindront de dysurie parfois accompagnée de douleurs à la miction, de pollakiurie, et qu'ils présenteront les signes d'une rétention incomplète ou complète, avec toutes ses conséquences fâcheuses du côté des voies urinaires supérieures (hydro-néphrose, atrophie rénale, infection ascendante). La cystite serait fréquente, mais surtout au début des cas qui reconnaîtraient une origine inflammatoire (KEJES) : à la pollakiurie s'ajouterait alors de la pyurie, de la douleur

avec ténesme à la fin de la miction, la miction devenant impérieuse. Enfin on peut observer ici, comme au cours de l'hypertrophie prostatique, des accès de rétention complète aiguë comme en témoigne une observation de KEJES.

SYMPTOMES PHYSIQUES ET DIAGNOSTIC. Les symptômes physiques ne présentent, eux non plus, rien de caractéristique permettant d'établir le diagnostic avec certitude.

L'exploration de l'urètre à la sonde montre qu'il n'y a pas d'obstacle le long du canal, à peine perçoit-on une petite résistance à l'entrée de la vessie dans les cas de très forte contracture. Dans celle-ci KEJES admet que le rétrécissement ne se resserre jamais au-delà du 15 charrière, ce rétrécissement ne récédivant pas après section est pour lui l'analogue du rétrécissement de la portion péniennne de l'urètre. De plus dans la contracture du col le trajet de la portion prostatique de l'urètre n'est pas allongé comme il l'est dans l'hypertrophie, il peut même être ou sembler plus court, car la *prostate* se révèle au toucher rectal de petit volume ou même atrophiée.

A l'examen *cystoscopique* on trouve une vessie à colonnes avec bas-fond, à la limite antérieure du bas-fond CHOLZOFF signale comme assez particuliers « la saillie et l'épaississement du ligament de LIEUTAUD (muscle inter-urétral) dont le bord postérieur paraît fortement épaissi. Plusieurs autres petits plis existeraient en arrière de lui et avec une direction parallèle à la sienne ».

En somme aucun signe ne permet le diagnostic de contracture du col, ce diagnostic ne peut être qu'un diagnostic de probabilité fait par élimination des autres causes de prostatisme : rétrécissement urétral par son siège,

rétentions nerveuses par un examen complet. D'après CHOLZOFF « on peut prétendre avec certitude que dans tous les cas de rétention sans cause nettement établie il faut penser à une contracture du col vésical ».

C'est à l'opération seulement qu'on reconnaîtra son existence.

L'orifice intravésical de l'urètre a perdu son aspect normal et est remplacé par un cul de sac plissé, dur, résistant, ailleurs au contraire son rebord est soulevé et surtout en arrière (MORAND), et, *fait très caractéristique, alors que normalement l'index y pénètre avec facilité et le sent souple, en cas de contracture la pulpe seule peut pénétrer, la première phalange étant arrêtée par un anneau fibreux qui l'enserre.*

TRAITEMENT. — Le traitement est en général la section de l'anneau au galvanocautère, avec l'inciseur de BOTTINI introduit par boutonnière périnéale (CHETWOOD, CHOLZOFF ou au galvanocautère directement après cystostomie (MORAN). Au Bottini il faudra faire une incision de 2 cent. à 2 cent. 1/2 de profondeur, puis laisser une sonde à demeure pendant quelques jours. CHOLZOFF a eu un échec par cette méthode, aussi fit-il une incision plus profonde (obs. 26) et cette fois le rétentionniste devint un incontinent. L'auteur en conclut, non point que le sphincter externe avait été atteint par la 2^e intervention, car il ne lui reconnaît aucun rôle pour retenir les urines, mais que la section du sphincter interne avait été trop complète, totale, ce qui expliquait l'incontinence plus ou moins accusée suivant la position du malade. En plus ce malade n'avait point été guéri de sa rétention qui persistait par-

tielle et que CHOZOFF attribua à une dégénérescence du muscle vésical. Malgré tout VON FRISCH préfère l'incision au Bottini, à la section au thermo qui est pourtant moins aveugle ou à la dilatation et la délacération.

YOUNG a proposé enfin récemment un instrument spécial pour amputer ces cols rétractés : nous verrons ce qu'il faut penser de ces interventions lorsque nous discuterons la thérapeutique à suivre dans ces cas.

DEUXIÈME PARTIE

CRITIQUE

Quelques données anatomiques sur la région prostatique.

Avant d'entreprendre la discussion des faits disparates groupés sous les noms d'atrophie de la prostate ou contracture du col, nous voulons rappeler quelques détails anatomiques de cette région prostatique, détails d'anatomie fine surtout grâce auxquels il nous sera plus facile de répartir dans d'autres cadres les observations rapportées et d'apprécier à leur juste valeur les modifications histologiques présentées par les pièces opératoires.

On sait en effet que les traités classiques au chapitre « Prostate » ne traitent pas uniquement de la glande prostatique, mais aussi des organes qu'elle renferme, la prostate anatomique est donc synonyme de région prostatique, et il en va de même en général pour la prostate pathologique, ou plus exactement pour la prostate opératoire. Au point de vue qui nous intéresse les deux parties les plus importantes de la prostate ainsi comprise sont : la glande prostatique même, et l'orifice vésical de l'urètre entouré de son sphincter lisse, orifice auquel on donne le nom de col de la vessie. C'est en effet en ces deux parties différentes que naissent et se développent les différentes variétés d'« atrophie » de la prostate.

URÈTRE PROSTATIQUE ET COL DE LA VESSIE. — Le col anatomique de la vessie ou orifice intravésical de l'urètre n'est pas situé normalement au fond d'une dépression infundibuliforme comme son nom semblerait l'indiquer, il s'ouvre *de niveau* avec les parties voisines de la vessie, son rebord n'est pas saillant, enfin il se trouve situé à la la partie la plus déclive de la cavité vésicale ; un col en entonnoir est donc pathologique. Fermé il a l'aspect vu par la vessie, d'une petite dépression arrondie à bords légèrement plissés ; il est rare qu'il prenne l'aspect d'une fente transversale (gens âgés) ; parfois enfin, quand le trigone a la forme d'un Y on voit la lèvre postérieure du col faire une petite saillie sur cette fente transversale, cette saillie a reçu le nom de *lucette vésicale de LIEUTAUD* ; mais il y a une très grosse différence entre cette déformation simple de l'orifice et la formation d'une *valvule* du col ; si la lucette est normale, les valvules ne le sont pas ; quelques observations de EIGENBRODT, POPPERT, HIRT démontrent qu'il peut exister des valvules congénitales sans substratum glandulaire, sans manifestations cliniques, ce sont des malformations tout comme les oblitérations congénitales de l'urètre, malformations qui selon leur degré ont ou non une traduction symptomatique. ENGLISH, nous l'avons vu, a repris et amplifié cette théorie des *valvules* du col créées par atrophie prostatique d'origine congénitale, et il en a distingué plusieurs types sans grand intérêt actuellement, ces valvules ont perdu toute importance depuis qu'on a rattaché leur formation au développement de l'hypertrophie prostatique.

Le structure du col de la vessie présente d'ailleurs plus d'intérêt que sa morphologie : on trouve à ce niveau et du centre à la périphérie la muqueuse avec ses

glandes, une couche de fibres musculaires longitudinales, puis une couche de fibres circulaires à laquelle appartient le sphincter lisse, enfin plus en dehors les tissus voisins.

Au niveau de l'orifice même le revêtement muqueux vésical se continue avec la muqueuse urétrale du col, puis du sinus prostatique. A cette portion de la muqueuse se trouvent annexées des *glandes* sous-muqueuses situées dans l'épaisseur de la couche longitudinale, analogues à celles de LITTRÉ sur l'urètre antérieur, ce groupe de glandes a pris une importance très grande en pathologie depuis que JORES d'abord, puis ASCHOFF, ALEXANDER et ALBARRAN surtout ont montré leur rôle dans la formation du lobe médian. Il est juste d'observer qu'auparavant ROKITSANSKY avait déjà signalé ces glandes jusques et y compris dans le trigone, sous le nom de glandes prostatiques aberrantes. Mais c'est ALBARRAN qui en a le mieux systématisé l'étude, distinguant deux agglomérations : « l'une vers le milieu de la prostate au niveau du veru montanum, l'autre au niveau du col vésical. L'agglomération sous-montane est constituée par des glandes dont le canal excréteur aboutit directement à l'urètre ou dans la cavité de l'utricule prostatique. L'agglomération sous-cuvicale est formée par un groupe de glandes empiétant à la fois sur l'urètre et sur la partie du trigone vésical voisine du col : ces glandes sont situées au-dessous de la muqueuse, entre elle et la couche musculaire de la vessie qui les sépare de la prostate proprement dite. » Tel est ce groupe des *glandes centrales* d'ALBARRAN, opposées au *groupe périphérique ou prostate proprement dite*. MOTZ et PERÉARNAU ont ajouté à tort à ces deux groupes de glandes centrales, un troisième groupe, le *groupe préseminal*, qui est aussi sous-montane, celui-ci décrit

également par ALBARRAN, appartient en réalité à la prostate, car il est situé en deça des deux couches musculaires longitudinales et circulaires. Enfin CUNEO donne de ces glandes une topographie un peu différente de celle décrite par ALBARRAN. Pour lui il existe deux groupes symétriques, situés juste au dessous du rebord de l'orifice vésical de l'urètre, c'est-à-dire sur le versant urétral du col, sous forme de deux amas latéraux. De plus il y aurait un groupe utriculaire sur le veru montanum et d'autres groupes sur les parties latérales de l'urètre prostatique : mais à ce niveau la distinction de ces glandes avec les glandes prostatiques serait beaucoup plus difficile car le sphincter a disparu, la couche de fibres lisses circulaires est très réduite et ne sert plus de délimitation nette. LOWSLEY qui a étudié le développement de la prostate a reconnu que le groupe sous-cervical est formé à la naissance de dix-neuf glandes en tubes. — Enfin, si le groupe sous-cervical empiète un peu sur le trigone, il existe aussi un véritable *groupe du trigone*, qui est formé en réalité de *glandules intra-muqueux* et non plus sous-muqueux, glandules tapissées d'un épithélium semblable à celui de la vessie, à l'inverse des vraies glandes urétrales qui ont un revêtement analogue à celui des glandes prostatiques. Cette analogie de structure est telle qu'il y a « similitude parfaite » (MARQUIS) des glandes sous-urétrales et prostatiques, leur seule différenciation étant leur situation par rapport au sphincter lisse. Au point de vue pathologique le groupe sous-cervical a une importance nettement prédominante, mais peut-être le groupe du trigone est-il l'origine de ces barres intermutirales décrites par PASQUEREAU, DETON.

Sous la muqueuse on trouve une *couche de fibres lisses*

longitudinales parallèles à l'urètre, qui se continuent en haut avec les fibres longitudinales des urètres en arrière, avec les fibres de la couche plexiforme en avant et sur les côtés du col, ces fibres longitudinales sont d'ailleurs anastomosées et plus ou moins enchevêtrées avec les fibres du sphincter.

Les fibres circulaires forment le *sphincter lisse*, anneau complet situé autour du col de la vessie et qui se présente sur une coupe sous forme d'un triangle à base supérieure. Cet anneau est haut de 1 cm. environ et épais de $1/2$ à 1 cm. Ce sphincter se continue en haut avec la couche circulaire de la vessie, en bas avec la couche circulaire de l'urètre ; de plus il est traversé en arrière et sur les côtés par des fibres radiées venues de la couche longitudinale de la vessie et allant à la couche longitudinale de l'urètre. Enfin cette tunique musculaire présente de nombreuses connexions avec le tissu musculaire qui enveloppe les culs-de-sac des glandes prostatiques. — En somme ces diverses couches musculaires sont en partie fusionnées, intriquées et nullement indépendantes. « Sur une coupe transversale de cette région on aperçoit l'épithélium urétral, immédiatement derrière lui des cavités glandulaires, qui méritent ainsi sans conteste leur nom de sous-urétrales. Puis disséminées entre les fibres longitudinales du sphincter lisse d'autres glandes analogues, rares au-dessus (en avant) de l'urètre, plus fréquentes au-dessous et sur les côtés. Les fibres circulaires du sphincter leur servent de limite. En effet, rien dans ces fibres circulaires, au-delà une bande fibreuse plus ou moins épaisse, puis commencent les cavités glandulaires de la prostate. » (MARQUIS) Quand la luette vésicale existe c'est que les fibres longitudinales seraient plus développées en

arrière du col et soulèveraient la muqueuse au dire de
MERCIER.

De la *glande prostatique* elle-même nous causerons peu.
Il serait intéressant cependant de savoir quel est son poids
moyen chez l'adulte. Mais précisément ce poids varie
beaucoup avec les auteurs.

ALBARRAN lui prête un poids de 20 à 25 gr. PAUL DELBET
de 20 gr. environ, TESTUT de 20 à 25 gr. BURKHARDT dit
que son poids normal varie de 13 gr. 7 à 21 gr. 3 et que la
moyenne est de 16 à 17 grammes. MESSER divise les pros-
tates en 3 catégories : les très petites (au-dessous de 13 gr.)
les normales (entre 13 et 19,5) les grosses (au-dessus de
20 gr.) CASPER enfin dit que la prostate pèse 6 gr. Voilà
certes des différences suffisantes pour qu'il soit impossi-
ble de pouvoir dire : telle prostate est normale, telle au-
tre est atrophiée, la valeur du poids d'une prostate est
donc un élément insuffisant pour permettre de conclure
à l'atrophie. On pourra simplement dire : telle prostate
est plus petite que telle autre, mais quelle importance at-
tribuer à ce fait ? Nous avons déjà dit que le poids de la
prostate varie en proportion du poids de l'individu, de
plus chez un même individu le poids de la prostate varie
avec l'âge : jusqu'à la puberté la prostate n'est pas com-
plètement développée, donc toute atrophie congénitale
est simplement d'origine congénitale, — au contraire
avec l'âge la prostate tend à augmenter de volume, elle
subit une sorte de sclérose hypertrophique pendant que
le testicule subit inversement une sclérose atrophique.
Enfin pour apprécier exactement la valeur des poids don-
nés il faudrait savoir exactement ce que les divers obser-
vateurs ont pesé, si c'est la glande seule, ou la glande

avec les organes qu'elle renferme et même une partie des aponévroses qui l'enveloppent.

La *topographie* des glandes prostatiques a été précisée récemment par LOWSLEY par l'étude du développement. LOWSLEY distingue cinq lobes : deux lobes latéraux formés chacun de 17 tubes, ayant chacun la configuration d'une amande et situés de chaque côté des canaux éjaculateurs ; ces lobes latéraux sont unis en avant et en arrière des canaux éjaculateurs par le lobe moyen (neuf petits tubes situés entre les canaux éjaculateurs et la vessie) et le lobe postérieur (onze tubes à la face dorsale des canaux éjaculateurs) ; enfin le lobe antérieur (situé en avant du col) est en général à peine indiqué (2 tubes). Le lobe postérieur serait le siège d'origine des cancers primitifs de la prostate. ; le *lobe moyen* serait pour TANDLER et ZUCKERKANDL le foyer d'origine des hypertrophies de la prostate. C'est ce lobe moyen qui est également appelé *commissure préspermatique*, c'est l'ancien lobe médian de EVERARD HOME.

Ce lobe ne pourrait être l'origine de l'hypertrophie puisque CUNEO l'a retrouvé conservé à la face postérieure d'une hypertrophie ; de plus MARQUIS prétend que cette commissure est surtout fibreuse et même purement fibreuse à sa partie supérieure : « Si ce lobe moyen, décrit depuis EVERARD HOME par de nombreux auteurs, n'est pas rigoureusement parlant une simple vue de l'esprit, c'est au moins à coup sûr une erreur de langage anatomique qui fait dénommer lobe une région presque exclusivement formée de tissu fibro-musculaire. A la partie toute supérieure de la prostate il n'existe guère que du tissu fibreux séparant le lobe droit du gauche. Un peu plus

bas du tissu glandulaire est apparu formant ainsi un trait d'union entre les lobes.

Eh bien le lobe moyen, ce n'est même pas ce trait d'union glandulaire dans son ensemble, c'est seulement ces glandes si petites et si rares qu'elles ne se voyaient ni à l'œil ni à la loupe sur notre prostate fidèlement reproduite et qui se trouvent en avant des canaux éjaculateurs et de l'utricule prostatique, en arrière de la muqueuse et de la musculature urétrales, mot bien gros pour des glandes si petites et qui ne peut prêter qu'à l'erreur en adjugeant 3 lobes à la prostate ».

Au point de vue *histologique* nous rappellerons l'importance du stroma fibro-musculaire de la prostate, tous les acinis de la glande sont encerclés de fibres musculaires lisses. Quant aux acinis eux-mêmes il est très fréquent d'y observer des altérations inflammatoires ou dégénératives à tel point qu'une glande prostatique normale est à peu près aussi rare qu'un appendice normal.

Conclusion. — Ainsi donc, au point de vue anatomique l'atrophie prostatique est un terme presque sans valeur ; au point de vue pathologique c'est de plus un terme trompeur : car, dans les affections qu'elle embrasse, ou bien il y a atrophie vraie, *histologique* de la glande prostatique et dans ces faits l'atrophie est sans influence clinique par elle-même, elle ne provoque aucun trouble surajouté à ceux de l'affection causale ; ou bien il y a *petite hypertrophie* et non atrophie, hypertrophie non pas de la glande prostatique, mais des glandes ou du tissu cervicaux ; ces cas sont les seuls intéressants en tant que causes de prostatisme ; ils comprennent également les faits signalés de contracteurs du col. Topographiquement parlant

nous pouvons donc dire que nos premiers malades ont une *affection prostatique*, les seconds une *affection cervicale*. C'est du moins ce que nous voulons nous efforcer de démontrer.

Atrophie prostatique vraie

Sous ce nom impropre du reste, nous comprenons tous les cas de *petitesse* de la glande prostatique même, qu'il y ait absence de développement (atrophie d'origine congénitale) ou destruction partielle (abcès plaies), ou enfin qu'il y ait atrophie véritable (castration, affections du testicule survenues après puberté, cachexie, traumatisme). Dans tous ces cas la prostate est diminuée de volume et de poids par rapport à une prostate supposée normale au même âge, et nous avons vu combien il était difficile de déclarer normale une prostate en s'en rapportant au poids; aussi faut-il dans les cas douteux un examen histologique pour justifier ce terme et savoir si l'élément glandulaire a plus ou moins disparu. Si les deux éléments ont subi une réduction parallèle, l'atrophie n'a plus de justification microscopique, la prostate s'est amaigrie plutôt qu'elle ne s'est atrophiée.

Quoi qu'il en soit de ces déductions, importantes surtout en théorie, le seul problème intéressant, pour nous est de savoir quelle importance il faut attribuer à cette affection, à cette atrophie. Reprenons donc l'étude des diverses formes décrites.

A. FORME INFLAMMATOIRE ET TRAUMATIQUE.

Nous retrancherons d'abord de cette variété tous les

cas de contracture du col d'origine inflammatoire ainsi que tous les cas opérés sous le nom d'atrophie inflammatoire, cas dans lesquels on enlève ou on sectionne non pas la prostate mais le col de la vessie.

Des autres variétés nous dirions que la prostatite aiguë suivie d'abcès de la prostate laissera évidemment aux lieux et place de l'abcès une cicatrice rétractile, foyer scléreux au niveau duquel la glande sera complètement détruite, mais si cette cicatrice ne crée pas un rétrécissement urétral, son existence n'a aucune importance relativement aux fonctions vésicales.

La *prostatite chronique* cause d'habitude une tuméfaction de la glande mais rarement le processus scléreux peut l'emporter si bien que la glande paraît de volume normal ou plus petit que normal. ALBARRAN n'a jamais observé une telle forme : « personnellement je n'ai vu l'atrophie qui consécutivement à la destruction de la glande par prostatite suppurée. » Pourtant il reconnaît l'existence de cette atrophie prostatique d'origine inflammatoire « l'un de nous a décrit : enfin une *prostatite chronique hypertrophiante* dont les caractères sont les suivants : prostate généralement petite ou moyenne sans déformation du col et sans lobe médian : à la coupe prostate plutôt molle de consistance ferme ou spongieuse, sans corps sphéroïdes; structures de prostatite chronique sans développement adénomateux marqué. Evolution longue déterminant plutôt des rétentions incomplètes que de grandes rétentions. Echec probable, complet ou partiel, de la prostatectomie, tout au moins dans les formes avec rétention incomplète et prostate de médiocre volume. » (ALBARRAN et NOGUES). Cette atrophie prostatique inflammatoire très rare apparemment pourrait alors devenir

par transformation fibreuse et rétraction « concentrique » une prostatite « oblitérante (LE FUR) » rétrécissant l'urètre « dans l'urètre prostatique le tissu glandulaire joue vis-à-vis des rétrécissements un rôle analogue au tissu spongieux pour les rétrécissements de l'urètre antérieur » (LE FUR). Telle serait donc l'origine de certaines de ces rétentions attribuées aux prostatites chroniques, mais cette rétention peut aussi bien s'observer avec une prostatite hypertrophiante, telles les observations de JANET, GOLDBERG, qu'au cours de prostatites atrophiques dont MORZ et ARÈSE ont cité des exemples. Mais ces auteurs ne signalent pas de rétraction concomitante de l'urètre postérieur. Il est probable qu'il s'agit ici comme dans les rétentions que nous étudierons plus loin (fibro-myome cervical), d'une lésion de sphincter interne causée non point par les glandes prostatiques mêmes trop éloignées de lui, mais par ces glandes sous-urétrales qui pénètrent dans la couche musculaire longitudinale, donc voisinent d'assez près le sphincter lui-même ; ce sphincter réagirait, s'hypertrophierait ou se scléroserait, fermant un vrai rétrécissement cervical d'origine urétrale. Mais alors nous avons quitté le domaine des affections prostatiques pour entrer dans celui des affections cervicales, objet d'une discussion ultérieure.

La *tuberculose prostatique*, nodulaire ou même suppurée puis guérie par transformation fibreuse put rétracter la glande tout comme une cicatrice d'abcès chaud. BURKHARDT a rapporté trois exemples convaincants, mais dans aucun d'eux il ne signale une conséquence clinique, un trouble fonctionnel.

Et que l'inflammation soit provoquée par une chute sur le périnée, par un traumatisme interne (fausse route)

ou même par périnéotomie suivie de drainage (cas de Harrison), le fait est le même, l'atrophie existe mais elle n'a pas plus d'intérêt pour le clinicien.

B. L'*atrophie cachectique*, observée au cours des maladies graves, est une sorte d'amaigrissement de la glande proportionné à celui des autres organes : tous les tissus se raréfient également d'après les constatations microscopiques. Mais quelle influence a cette atrophie sur le cours de la maladie causale ?

D'ailleurs ne pourrait-on considérer aussi bien ces cas « comme des exemples de développement incomplet méconnus jusqu'à la mort et plus dignes de figurer au chapitre des vices de conformation » (VOILLEMIER et Le DENTU).

C. L'*atrophie par compression* provoquée par le voisinage de tumeurs volumineuses est un simple épiphénomène surajouté à l'histoire de ces néoplasmes. Un kyste hydatique du petit bassin peut bien comprimer la prostate sur sa base (obs. de M. MARION, J. d'Urol, 1914) mais ce contact avec la prostate n'a qu'un intérêt diagnostique : la tumeur vient-elle de la prostate ou est-elle simplement adjacente. — De même au cours d'un *cancer du rectum* le problème de l'extension à la prostate est plus intéressant que celui de la compression possible de cet organe. VOILLEMIER et Le DENTU ont rapporté un exemple d'atrophie d'un lobe comprimé simplement par un cancer du rectum. — D'ailleurs les tumeurs prostatiques elles-mêmes, qui semblent hypertrophier la prostate, l'étalent en réalité, l'amincissent et la réduisent : tel est le cas des *kystes de la prostate*, et surtout de l'*hypertrophie prostatique* : l'adénome prostatique refoule la glande, s'en enveloppe comme d'une véritable capsule si bien que, comme le dit

PIERRE DELBET, « la maladie connue sous le nom d'hypertrophie de la prostate est caractérisée par l'atrophie de cette glande ».

Le *rétrécissement* urétral serré en arrière duquel se dilate l'urètre en entonnoir produit évidemment le même effet sur la glande et l'antagonisme du rétrécissement avec l'hypertrophie de la prostate est un fait reconnu, malgré l'opinion inverse de Burekardt. CABOT a apporté récemment 30 observations confirmant cet antagonisme et à ce sujet W. BRITT BURNS a cité un cas, un seul, d'association de ces deux lésions.

D. *Atrophie congénitale.* Cette forme correspond à deux ordres de faits différents. Dans tout un groupe de cas il n'y a non pas atrophie d'une prostate qui ne s'est jamais complètement développée, mais *absence de développement* au moment de la puberté, et ceci en raison généralement d'une malformation quelconque, portant en général sur l'un des deux testicules (ectopie, atrophie) ou encore en raison d'affections congénitales (syphilis héréditaire avec haricocèle) ou même du fait de maladies infectieuses du jeune âge compliquées de localisations testiculaires, telles que les oreillons. La prostate ne se développe pas parce que le testicule reste lui-même dans le même état. — Enfin il se peut que la prostate se développe plus ou moins suivant la constitution générale de l'individu, mais dans ce cas les rapports de proportion sont conservés et il est vraiment injustifié de prétendre alors que la prostate se trouve dans un état pathologique, si l'individu est normal par ailleurs. — L'autre catégorie de faits s'adresse bien effectivement à une *atrophie vraie* de la prostate ; ce sont les cas d'atrophie consécutive à une castration, une épидидymectomie ou une affection

destructive du testicule survenue après puberté, la glande régresse vraiment, perd ses éléments glandulaires et conserve son stroma fibro-musculaire plus ou moins diminué. Les expériences faites sur divers animaux ont démontré cette vérité jusqu'à l'évidence et c'est même la connaissance de ces faits qui avait déterminé les chirurgiens aux différentes opérations pratiquées sur les testicules ou le cordon en cas d'hypertrophie de la prostate. Mais comme l'hypertrophie de la prostate ne porte malheureusement pas sur la prostate ces opérations n'eurent qu'un résultat c'est de congestionner la région sans produire réellement d'atrophie. Les cas de soi-disant atrophie signalés de même par BAZY chez des prostatiques porteurs d'une sonde à demeure sont probablement susceptibles de la même explication et ne relèvent point d'une atrophie par pression instrumentale comme le pense BURKHARDT. La prostate est atrophiée chez les eunuques, des exemples très nombreux sont rapportés à ce sujet dans les travaux de GAUDARD et de LAUNOIS. Enfin le Röntgénérissation des testicules normaux peut produire le même résultat que la castration : SASAKI (1913) a fait quelques expériences démonstratives à ce point de vue.

Donc l'atrophie fonctionnelle de la prostate est un fait certain, mais pour nous son seul intérêt est de savoir si elle peut, à l'inverse des formes précédentes, créer des troubles urinaires et sexuels, si elle peut en un mot provoquer le tableau clinique que les auteurs allemands prêtent à l'atrophie de la prostate.

Remarquons d'abord qu'aucune observation démonstrative n'en est donnée. ENGLISH rapporte des observations d'enurésie avec petite prostate auxquelles on pourrait parfaitement trouver une autre étiologie (tuberculose

rénale infantile, incontinence dite essentielle) ses observations ne sont nullement démonstratives, elles ne sont fondées que sur des documents cliniques de valeur très contestable. Aussi ne les rapporterons-nous pas. ENGLISH d'ailleurs accuse l'atrophie prostatique de provoquer la formation de valvules du col, d'entraîner une atrophie concomitante du sphincter et de provoquer par ce mécanisme une incontinence, parfois liée à de la rétention. Or nous savons ce qu'il faut penser de ces formations valvulaires auxquelles on ne prête plus aucun crédit de nos jours. Quant à l'insuffisance du sphincter provoquant l'incontinence, l'interprétation est assurément fausse d'abord parce qu'il y a de la rétention assez souvent associée, ensuite parce que, même si le sphincter interne était insuffisant, le sphincter externe serait capable de retenir l'urine par sa simple tonicité comme il le fait quand on a enlevé le sphincter interne au cours d'une prostatectomie.

Notre malade de l'obs. 37 aurait certes paru un exemple démonstratif, de l'importance clinique de l'atrophie prostatique pour les partisans de cette conception : il avait un lobe complètement atrophié du côté d'un testicule ectopique, il était jeune et déjà rétentionniste. Or il a guéri complètement par énucléation du col.

Quant à l'influence de l'atrophie prostatique sur les fonctions sexuelles, elle peut être vraie en principe : HARRISON a signalé le cas de deux individus restés inféconds parce qu'ils avaient une prostate atrophiée ; cependant en général une prostate atrophiée est le corollaire d'une atrophie du testicule et c'est bien plutôt à cette dernière qu'il faudrait rapporter tous les troubles prêtés à la première.

E. *Atrophie sénile.* — L'involution sénile de la prostate se fait généralement sous forme de cirrhose hypertrophique opposée à une cirrhose atrophique du testicule. Mais il est possible que l'élément glandulaire disparaisse sans que l'élément fibro-musculaire s'hypertrophie franchement et au total une prostate sénile peut fort bien être plus petite que normale. C'est ce que tendent à démontrer les nombreuses statistiques cadavériques faites par SOCIK, THOMPSON, MESSER sur des sujets ayant dépassé 50 ans. Mais tous ces sujets étaient morts d'autres affections, et il n'est dit pour aucun si cette atrophie avait provoqué la moindre gêne pendant la vie. Ces statistiques n'ont donc aucune valeur pour l'étude du prostatisme, seul BURKHARDT s'est attaché à rechercher parmi les urinaires ceux qui étaient porteurs d'une *petite prostate* et déjà le pourcentage qu'a donné cet auteur est des plus minimes. Comme d'autre part il ne donne pas les observations qui pourraient corroborer ses dires il est probable que ces petites prostates masquaient, comme pour les cas que nous allons étudier par la suite, *une petite hypertrophie*.

MORTZ et ARRESE ont signalé de ces petites hypertrophies prostatiques se transformant en cancers et ayant été cause de prostatisme. Ces cas rentrent en réalité dans la classe des petites hypertrophies, la transformation cancéreuse étant tardive et probablement sans influence sur le complexe clinique. Nous n'avons pu en tout cas trouver aucune observation de cancer primitif de la prostate caractérisé par une atrophie de la glande : il n'existe pas ici comme pour le sein de squirre atrophique.

Conclusion

L'atrophie vraie de la prostate est donc un état qu'on rencontre assez rarement, et dont l'existence peut soulever quelques problèmes intéressants de physiologie pathologique. Cet état a une expression histologique connue, mais n'a pas de traduction clinique et il est injuste d'en vouloir faire une entité clinique. Les symptômes que les auteurs allemands décrivent comme appartenant à l'atrophie sont donc liés à une autre cause, c'est-à-dire à l'existence de ces petites hypertrophies enlevées chirurgicalement sous le nom d'*atrophie inflammatoire* ou *sénile*. La plupart des cas de ces deux affections doivent donc être distraits de l'étude de l'atrophie vraie et trouver leur place dans l'étude des *fausses atrophies* qu'enous allons entreprendre.

Fausses atrophies de la prostate

Les diverses opinions scientifiques que nous allons discuter ont toutes eu le même point de départ, c'est-à-dire que les divers observateurs poussés par la même curiosité scientifique et le même désir de guérir, ont recherché la cause de ces rétentions chroniques d'urine, en apparence essentielles, simulant celle de l'hypertrophie prostatique et que Guxon avait appelée provisoirement « prostatisme sans prostate ». Ces recherches ont porté surtout sur la prostate ou plus exactement sur la région du *col de la vessie* et grâce aux tentatives opératoires devenues courantes sur cette région on a reconnu la fréquence de la lésion cervicale. Les uns ont reconnu l'obstacle en faisant un toucher intracervical et en sentant à ce niveau un anneau résistant qu'ils ont nommé : contracture du col. Les autres ont perçu cet obstacle par palpation de sa surface : ils ont senti une petite tumeur qu'ils ont énucléée, et la petite tumeur ainsi enlevée a été appelée soit *prostate atrophiee*, soit *petite hypertrophie*.

Le nom seul de l'affection change car dans tous ces cas comme le démontrent les observations rapportées ci-après, on a retrouvé la même petite tumeur cervicale, donnant dans tous les cas les mêmes signes essentiels du protatisme, nous voulons donc établir que dans tous ces cas :

1°) le processus est localisé au col ;

2° les altérations histologiques sont voisines et de même sens ;

3°) le tableau clinique est le même, consistant essentiellement en rétention d'urine et non pas en incontinence sans rétention ;

4°) Qu'enfin le traitement à adopter doit être fondé sur les données précédentes .

Une seule question reste et restera peut-être longtemps encore discutable, c'est celle de l'origine de ce processus : les uns y voient une inflammation (atrophie inflam.) les autres un spasme (contracture du col) d'autres enfin un processus sénile d'origine indéterminée comme l'hyperrophie (atrophie sénile). Toutes les opinions peuvent être soutenues à ce sujet.

1) *L'affection est cervicale.* — Nous comprenons au point de vue pathologique le col, non pas comme le simple orifice de communication de la vessie avec l'urètre, mais comme une toute petite région composée de la muqueuse cervicale avec ses glandes, et les deux couches musculaires qui la doublent, la couche circulaire étant beaucoup plus épaisse et formant le sphincter interne. Cette région pourrait même se prolonger au bas jusqu'au véru montanum puisque le tissu spongieux de l'urètre n'apparaît qu'à ce niveau, elle a d'autre part des connexions assez intimes avec le trigone qui possède un groupe de glandes semblables et échange avec elle des fibres musculaires. Le col est donc une petite région tout comme l'est le pylore et l'anneau musculaire, le sphincter possède dans chacune une importance pathologique primordiale.

C'est dans le col ainsi compris que se développent les petites tumeurs que nous étudions. Le fait est indiscutable

pour cet anneau resserré, retréci que les américains sentent au doigt à ce niveau précisément. Quant aux petites prostates atrophiées elles viennent aussi de cette région car du fait même qu'on peut les enlever en masse elles ne sont pas constituées par la prostate même qu'on ne put ainsi énucléer de l'avis des chirurgiens habitués à ce genre d'opération, (ZUCKERKANDL, MARION) mais bien par des tumeurs cervicales: « enlever d'un bloc la prostate par la voie sus-pubienne est chose impossible ; on peut l'enlever sous forme de deux masses séparées mais pas autrement ». (MARION).

De plus on enlève parfois tout le pourtour de l'urètre avec elles : or seul le sphincter entoure tout l'urètre, et l'on enlève ce qui est en dedans de lui et non pas ce qui est en dehors de lui. Il se peut que le doigt s'écarte un peu de la zone du sphincter, zone dans laquelle il rencontre moins de résistance et qu'il clive plus facilement bien qu'un peu artificiellement puisque tous les plans sont mis à ce niveau, on enlève alors un peu du tissu glandulaire voisin et la prostatectomie devient beaucoup plus difficile, mais jamais on n'enlève la prostate elle-même, car cette entreprise serait presque irréalisable à en juger par ce que l'on peut obtenir sur le cadavre. D'ailleurs quand on intervient sur la prostate même, témoin dans les prostatites chroniques, on enlève non pas toute la prostate, mais les lobes de celle-ci sous forme de deux corps en forme d'amande (MARION).

Si en effet on enlevait la prostate elle-même on retrouverait sur les coupes les canaux éjaculateurs, et les traces du véru montanum, or dans aucune des pièces dont l'examen a été soigneusement fait on ne signale rien de tel.

Enfin ces petites tumeurs, souvent très petites, occa-

sionnent généralement une déformation du col nettement appréciable à la cystoscopie, or elles ne soulèveraient pas la muqueuse si elles en étaient éloignées et séparées par la couche du sphincter lisse. Le processus dont nous nous occupons semble donc bien comme l'hypertrophie de la prostate ou simplement le lobe médian suivant les avis, naître en dedans du sphincter lisse au voisinage des glandes sous-muqueuses. Rappelons à ce sujet que le point d'origine de l'hypertrophie de la prostate reste encore discuté, M. CHEVASSU a montré l'existence d'adénomes vrais dans la prostate elle-même, alors qu'en général on admet l'origine intrasphinctérienne exclusive de l'hypertrophie. Cette dernière opinion s'appuie sur de nombreux arguments auxquels on peut encore ajouter. M. CHEVASSU admet que des adénomes peuvent naître en même temps de points très différents de la prostate et aussi bien en dedans qu'en dehors du sphincter ; il est dès lors difficile de comprendre qu'on enlève toujours d'un bloc une hypertrophie, et qu'on n'ait pas à rechercher d'autres noyaux, d'ailleurs faciles à méconnaître quand ils sont petits. Aussitôt se pose alors cette question : pourquoi l'hypertrophie de la prostate ne récidive-t-elle pas ? Les formations *intra-prostatiques* observées par M. CHEVASSU n'ont donc pas grande importance au point de vue opératoire, seule l'hypertrophie née en dedans du sphincter trouble le jeu de celui-ci d'une façon telle que la rétention s'ensuit, et ce mécanisme est précisément commun à l'hypertrophie et à la prétendue atrophie de la prostate. La rétention résulte d'un spasme du col bien plus que d'une inhibition vésicale.

2) *Examen de la pièce.* — Les petites prostates enlevées opératoirement se présentent sous plusieurs aspects qu'on

peut cependant ramener à deux types schématiques. Dans l'un figure (1), la pièce a la forme d'une petite masse arrondie, traversée de part en part par l'urètre ; cette forme arrondie, circulaire, le contour lisse sur lequel se dessinent des fibres circulaires, attestent bien qu'on n'a enlevé que le col, un col hypertrophié, épais et non pas une prostate atrophiée, fibreuse entourant un col rétracté. C'est à tort que Escat a repris cette ancienne théorie au congrès d'urologie de 1913 « cette rétraction du col vési-



Fig. (1)

Petite prostate, forme
arrondie



Fig. (2)

Forme avec petit lobe
médian

cal s'observe également alors qu'il n'existe aucune saillie cervicale et que la prostate est complètement atrophiée, réduite parfois à un noyau fibreux impossible à délimiter entre les deux index qui tentent de l'énucléer. *Le prostatisme est souvent le résultat de l'atrophie de la prostate et ces cas ne doivent pas être systématiquement rattachés à l'hypertrophie prostatique.* » Ces cas ne doivent pas plus être systématiquement rapportés à l'atrophie, et il faut bien convenir que M. Escat n'affirme son opinion que sur ce fait de l'existence d'un anneau circulaire, qui semble rétracté et sclérosé, il n'apporte

aucun examen histologique montrant que de telles pièces sont formées par la prostate elle-même. Nous verrons que ces hypertrophies annulaires sont essentiellement des myomes du col, COESAR donne le dessin (obs. 12) d'une pièce semblable dont il compare l'aspect à celui d'un jambon ficelé de cordes.

L'autre variété de petites prostates (fig. 2) enlevées chirurgicalement n'est plus nettement arrondie, mais bossuée par la présence d'un ou plusieurs nodules qui déforment son contour supérieur et son contour inférieur ; le petit nodule postérieur et supérieur, quand il existe, a en somme tout l'air d'un petit lobe médian ; l'analogie de l'atrophie avec l'hypertrophie est alors frappante et a été reconnue par les défenseurs de l'atrophie. « Au total, nous avons à faire à une formation analogue à celle de l'hypertrophie prostatique avec développement d'un lobe moyen, avec cette différence que tout est ici *en miniature*. » (SUSSENGUTH). C'est ce qu'ESCAT appelle les cas mixtes « où l'on trouve une atrophie générale de la glande et une petite hypertrophie des lobes latéraux et des glandes sus-cervicales ; dans cette hypertrophie la formation de l'adénome laisse la glande à un volume insignifiant ; on extrait ainsi de petites glandes avec 3 lobes dont le poids ne dépasse pas 2, 3, 5 grammes » (ESCAT). Cette affirmation d'ESCAT est purement gratuite, pourquoi ces petits nodules, qui représentent pour lui les trois lobes de la glande, ne seraient-ils pas plutôt de petits noyaux adénomateux. On a déjà beaucoup de peine à démontrer l'existence de ces 3 lobes anatomiques, il doit être pour ainsi dire impossible de les reconnaître avec le doigt au cours d'une prostatectomie. Mais acceptons cette interprétation pour un moment : l'anneau

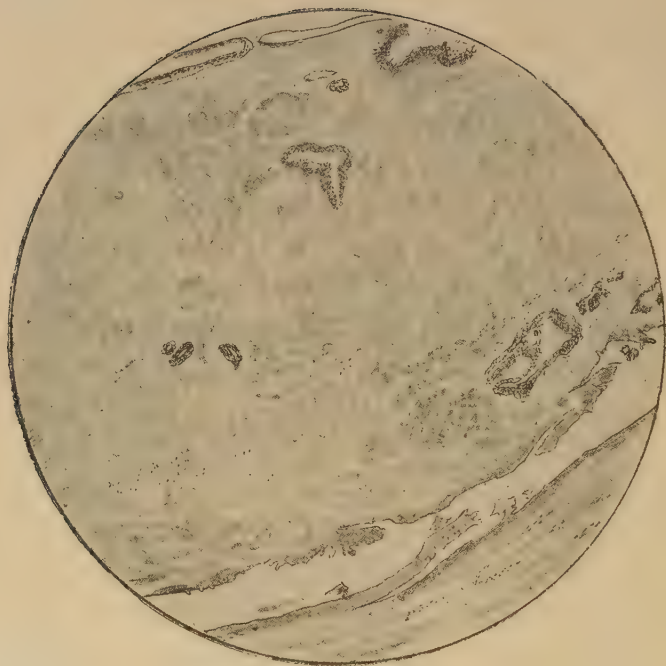


Fig. 3. — Coupe de la prostate de l'obs. 37 avec l'extrémité de la lumière urétrale en haut, la couche musculaire longitudinale contenant quelques glandes et des vaisseaux au milieu ; en bas une partie de l'anneau circulaire périphérique.



Fig. 4. — Schéma général d'une coupe transversale de la prostate de l'obs. 37. Au centre : myome composé de fibres longitudinales et contenant la lumière urétrale étoilée avec quelques glandes aux pointes. Au pourtour, anneau incomplet et détaché de fibres circulaires.

scléreux représente la prostate atrophiée. Il faut admettre alors que le petit lobe médian est du reste non atrophié, hypertrophié au contraire et saillant du côté de la vessie. Ceci aboutit à admettre un double processus, une atrophie prostatique, une hypertrophie des glandes cervicales ; sans qu'on puisse comprendre pourquoi ces diverses glandes auraient subi un sort si différent. Au contraire, la théorie de la petite hypertrophie est bien plus logique avec elle-même : l'anneau est pour elle du fibromyome, les petites tumeurs surajoutées sont des adénomes ou plus exactement des adéno-fibro-myomes : ces deux formations étant des expressions diverses de l'hypertrophie comme le démontre l'étude de quelques coupes. COESAR objecte qu'il est fréquent de trouver dans le foie, le rein, des adénomes alors que l'organe est sclérosé, atrophié, ainsi dans la cirrhose atrophique, la néphrite chronique. Mais, outre que l'atrophie n'est pas ici aussi facilement appréciable que pour les autres organes, nous ferons observer que la formation connue sous le nom d'adénome de la prostate n'est aucunement comparable aux adénomes d'autres organes : rein, sein. Dans ceux-ci, on trouve une formation bien circonscrite au milieu de la glande, alors que dans l'adénome prostatique il s'agit d'une formation plus diffuse d'une sorte de polyadénome. Cette opinion correspond d'ailleurs exactement à celle de VESZPREMI qui a coupé 38 prostates enlevées par STEINER et conclut que l'hypertrophie (l'adénome) n'est pas un adénome mais une multiplication de la glande sur son type primitif avec légère dilatation glandulaire, aussi l'appelle-t-il « une intumescence sénile nodulaire et diffuse de la prostate, intumescence glandulaire ou glandulaire kystique. »

Examen histologique et pathogénique. — Si nous admettons donc comme démontré que les petites prostates enlevées opératoirement correspondent au col de la vessie et non à la prostate, leur constitution histologique, encore mieux que leur volume, démontre que ces formations sont dues à une hypertrophie des tissus de cette région : tissu musculo-fibreux ou glandes ; mais avec prédominance du tissu musculaire en général. Nous exposerons donc d'abord les résultats histologiques que nous ont fournis les examens de petites prostates enlevées récemment par notre maître M. MARION, examens faits par M. P. MASSON dont la compétence en la matière ne saurait être discutée — puis nous mettrons en parallèle ces résultats avec ceux des autres auteurs : Trois des pièces enlevées par M. MARION étaient des *myomes* presque purs, donnant à l'œil la même impression qu'une coupe de fibro-myome utérin. L'une d'elles est particulièrement typique et c'est elle que nous avons fait représenter dans les figures 3 et 4 la figure 4 donnant un schéma général de la coupe entière, la figure 3 représentant un champ de celle-ci (malade de l'obs. 37).

Ces coupes montrent que la lumière urétrale aplatie se trouve assez en dehors du centre de la coupe et qu'elle est configurée en T. Des extrémités de ce T partent quelques amas de glandes, lesquelles se disposent au sein d'un noyau *myomateux pur* arrondi et constitué presque uniquement de fibres longitudinales, parallèles à l'urètre, coupées ici perpendiculairement. A sa périphérie ce noyau est entouré d'un anneau de fibres circulaires en partie détachées et clivées d'avec le noyau longitudinal, c'est pourquoi existe sur la figure un espace entre ces deux formations. Les connexions de ces deux couches de

fibres devaient être peu solides puisque leurs liens se sont rompus au cours de l'énucléation. En somme nous avons à faire ici à un myome développé dans cette couche longitudinale lisse considérablement épaissie et au sein de laquelle existent les glandes sous-urétrales non modifiées, mais plus nombreuses que normalement. Le sphincter lisse a servi en partie de plan de clivage. Nous saisissons donc le processus à son début, chez un prostatique jeune de 41 ans sans blénorrhagie antérieure ; le processus est exactement limité au col, le fait est indéniable d'après les coupes ; et d'autre part l'obstacle a été enlevé en entier puisque la guérison a été complète. Une autre observation (obs. 38) concerne également un autre prostatique plus jeune encore, 30 ans, dysurique depuis un an et la coupe de la pièce présente le même aspect histologique général, c'est-à-dire qu'il s'agit ici encore d'un myome presque pur mais dont les fibres sont orientées en tous sens, plexiformes. Ici encore la guérison a été complète. La même forme peut d'ailleurs se rencontrer encore à un âge plus avancé chez le vrai prostatique. Tel était le cas du malade de l'obs. 39, âgé de 68 ans, dysurique depuis un an et chez lequel il s'agissait encore d'un fibro-myome presque pur.

La part de l'élément *fibreux* peut d'ailleurs augmenter peu à peu et non point en proportion avec l'âge du malade, ni même en raison d'une origine inflammatoire de l'affection puisque ce malade de 62 ans (obs. 42) n'avait jamais eu d'uretrite, mais plutôt du fait de la longue durée de la rétention. Une rétention chronique, en effet, oblige aux cathétérismes, ceux-ci sont l'origine d'une infection plus ou moins marquée, qu'on retrouve sous forme de foyers d'infiltration inflammatoire. C'est de la

sorte que les myomes prostatiques pourraient devenir en partie fibreux comme chez notre malade de l'obs. 42, rétentionniste depuis 5 ans, et infecté par sondages. En sorte que toutes ces formations néoplasiques, caractérisées surtout par une modification du stroma musculaire sont voisines et du même type, ce sont des fibro-myomes.

Ce sont essentiellement des fibro-myomes, mais on y retrouve toujours des éléments glandulaires, clair semés, d'aspect normal ou altéré, et souvent localisés en un point de la préparation, ainsi dans l'obs. 42. Evidemment la prolifération glandulaire existe à peine dans les cas précédents, cependant elle y est déjà ébauchée en certains points et finalement on peut dire qu'il existe toutes les formes de transition entre le fibro-myome et l'adénome ou plutôt l'adéno-fibro-myome, car nous n'avons jamais observé dans ces petites prostates de formations glandulaires pures. Voici, par exemple, la pièce de l'obs. 40 dans laquelle existaient les deux types de néoplasies superposées ; en bas un noyau fibro-myomateux, correspondant probablement au col lui-même, en haut un adéno-fibro-myome ajouré par de nombreuses glandes dilatées, festonnées, telles qu'on les rencontre dans l'hypertrophie vraie. Les glandes étant séparées par du stroma à type musculaire et à travées peu épaisses. Cette seconde portion constituait un adénome énucléé et saillant du côté de la vessie.

Enfin dans l'obs. 41 c'est partout l'aspect d'adéno-fibro-myome avec nombreuses cavités glandulaires plus ou moins kystiques.

Dans toutes ces pièces on trouvait des corps amylicés dans les cavités acineuses et suivant les cas une infiltration lymphocytaire d'étendue et d'intensité variables.

Enfin nous devons ajouter qu'à la périphérie de ces pièces on ne trouvait que très indistinctement en général une formation capsulaire se traduisant simplement par une bordure de fibres de même direction. Souvent cette délimitation manquait de netteté, parfois même la tumeur semblait vraiment arrachée. On s'explique cette particularité en se souvenant que dans toutes les observations on signale quelque difficulté d'énucléation, jamais une petite prostate ne s'énuclée aussi facilement qu'une grosse, le doigt sait cependant trouver une zone de moindre adhérence et c'est là qu'il doit passer pour isoler la néoformation, mais si ce plan de clivage est perceptible pour le doigt, il n'a pas, en général, d'équivalent histologique et c'est pourquoi on ne trouve pas toujours autour de ces petites prostates cette enveloppe de fibres circulaires laches qui entoure les grosses hypertrophies, précisément parce que celles-ci seules atrophient par compression les éléments prostatiques voisins pour s'en former une capsule. Cette adhérence des petites prostates peut donc s'expliquer sans qu'on ait à faire intervenir des adhérences d'origine inflammatoire au pourtour de l'organe, ou alors on ne pourrait vraiment plus s'expliquer qu'il soit possible d'enlever isolément chacun des lobes de la prostate au cours d'une prostatite chronique ancienne, comme l'a fait M. MARION, (congrès d'Urologie 1913) car ici le processus inflammatoire est beaucoup plus intense et plus manifeste.

Les petites hypertrophies du col sont donc d'après nos examens histologiques des *formations adéno-fibro-myomateuses* avec prédominance possible de l'un ou l'autre élément. Quelles analogies ou quelles différences rapprochent ou distinguent ces néoformations évidentes des

petites prostates, des *atrophies* prostatiques ou de la sclérose du col ? C'est ce que nous apprennent les constatations microscopiques faites et publiées auparavant, sur pièces obtenues opératoirement.

CARRARO qui a observé des prostatiques sans prostate rapporte 4 examens histologiques parfaitement superposables aux nôtres et conclut à l'adénome. Dans ces 4 cas, il y avait au milieu d'un stroma fibreux assez abondant de petites glandes d'aspect à peu près normal. Donc forme mixte.

FAYOL, VIANNAY, BLANC, ont rapporté l'histoire de quelques cas de ces petites hypertrophies, mais ils n'en donnent pas l'examen histologique.

Pour les cas dits d' « atrophie » de la prostate BARTH, GROGSLIK, VESZPREMI, SUSESGUTH, COESAR et POSNER signalent le résultat de l'examen histologique de leurs pièces. BARTH donne peu de renseignements, mais il fait état surtout de l'infiltration inflammatoire et du développement du tissu scléreux pour déclarer qu'il s'agit d'une sorte de prostatite chronique. Remarquons que son premier malade était infecté et que le second (prostate scléreuse) était prostatique depuis 3 ans, celui-ci présentait d'ailleurs non point des glandes atrophiées, comprimées par sclérose, mais de la dilatation des acini, au total une altération assez semblable à celle d'une petite hypertrophie.

Dans les 3 observations de GROGSLIK la coupe est constituée par un mélange de petites glandes, de tissu fibreux avec nodules inflammatoires et de tissu musculaire, mais ces glandes ne sont pas du tout en voie d'atrophie et si elles sont peu nombreuses, leur aspect est normal, fes-

tonné, souvent même elles sont un peu dilatées « on ne trouve pas dans ces préparations de glandes en voie d'atrophie avec lumière étroite et épithélium bas, ni des restes de glandes atrophiées tels que corps amyliacés dans des espaces conjonctifs comme cela s'observe dans les cas d'atrophie inflammatoire. » Inversement existent (obs. 4) de ces corps sphéroïdes, amas arrondis en tourbillons, corps fibreux de la prostate de Virchow, qui se retrouvent dans les hypertrophies authentiques de la prostate. Il existe même à la périphérie d'une coupe un plus gros foyer qui « rappelle un peu les formations décrites dans les fibro-myomes. » Il y a donc analogie complète avec ce que nous avons pu observer nous-même.

Par contre SUSSENGUTH a observé et décrit (obs. 6) un cas d'atrophie qu'il appelle sénile dans lequel le revêtement épithélial des glandes est aplati, il est vrai, mais non par atrophie, simplement par dilatation des cavités glandulaires ; les glandes l'emportant sur le stroma fibro-musculaire non hypertrophié. Cette description ne ressemble guère à celle de l'*atrophie sénile* vraie de la prostate donnée antérieurement, elle se rapproche beaucoup plus du type de l'adénome : et précisément la petite prostate enlevée par SUSSENGUTH présentait deux lobes gros comme des haricots qui nous semblent donc être des adénomes. Les 3 obs. de COESAR (obs. 12, 13, 14) se rapportent à des cas analogues : l'obs. 12 est un type mixte, l'auteur reconnaît d'ailleurs lui-même la formation adénomateuse et n'affirme l'atrophie qu'en raison du petit volume de la pièce ; l'obs. 13 est une hypertrophie fibro-glandulaire avec glandes dilatées et infiltration inflammatoire. Dans l'obs. 14 l'organe n'a pu être enlevé.

POSNER (obs. 8, 9, 10, 11) se contente de procéder par affirmation quand il en vient à l'examen histologique : il affirme l'inflammation dans un cas, la « cirrhose » prostatique dans l'autre observation. Quant à sa 4^e observation (obs. 11) elle semble plutôt se rapporter à une barre interurétral du genre de celles décrites par PASQUEREAU et DETON. Dans tous ces examens se trouvent signalées des altérations du revêtement épithélial des glandes : dégénérescence, desquamation, auxquelles nous n'avons pas attribué grande importance car on peut les expliquer facilement par les nombreuses malaxations effectuées au cours d'une énucléation difficile ou encore par une fixation retardée de la pièce.

VESZPREMI a examiné au microscope 38 prostates hypertrophiées énuclées par STEINER suivant la technique de Freyer. Sur le nombre 4 de ces prostates étaient plus petites, atrophiées (deux d'entre elles simulaient le lobe median), l'énucléation en avait été difficile. VESZPREMI pense lui aussi que ces petites prostates sont la cause habituelle du prostatisme sans prostate. L'atrophie s'expliquait par un processus inflammatoire, dont l'auteur retrouve les traces.

D'après lui les caractéristiques histologiques de l'atrophie se résument ainsi : « les glandes se trouvent toujours en nombre beaucoup plus restreint que dans le type précédent, le tissu conjonctif et musculaire l'emportent, souvent ils existent en quantité égale, mais souvent aussi le tissu conjonctif prédomine ». Les glandes seraient en général petites, ratatinées, réduites à l'état de boyaux épithéliaux. Mais « il faut cependant remarquer que ces prostates présentent dans maints cas des parties où existent des glandes bien conservées ou même des groupes glandulaires

complets ». Ces portions auraient subi une hypertrophie compensatrice. Mais nous savons que ce sont en réalité des portions adénomateuses. Donc exception faite pour l'interprétation qu'il en tire, nous ne pouvons que souscrire aux conclusions de VESZPREMI qui considère ces petites petites protates comme « une intumescence fibreuse ou prostates comme « une intumescence fibreuse ou fibromyomateuse ».

La majorité des petites prostates sont en effet à prédominance fibro-myomateuse, il en était ainsi dans 4 de nos observations sur 6. L'existence de ces myomes presque purs est d'ailleurs un fait connu dans l'histoire de l'hypertrophie de la prostate : MOTZ et PEREARNAU en avaient trouvé 3 cas sur 64 prostates hypertrophiées. Et ils prétendent en avoir trouvé deux fois de petits sur des prostates « normales », disons plutôt « cliniquement normales ». D'ailleurs l'analogie des corps sphéroïdes avec les fibromes utérins avait été signalée par les premiers observateurs : VELPEAU, VIRCHOW et a toujours été admise depuis. Les hypertrophies dites « fibreuses » qu'ALBARRAN considère comme très rares doivent correspondre également à la variété en question, les fibres musculaires et conjonctives ayant assez d'analogie pour qu'on puisse les confondre quand on ne prend pas le soin de les distinguer par une coloration différente.

L'*atrophie* de la prostate est donc une petite hypertrophie cervicale, en est-il de même pour les faits connus sous le nom de *contracture du col* ? La solution du problème est ici plus difficile car ceux qui ont opéré une telle lésion se contentent de sectionner ou dilater le col sans l'enlever, aussi le contrôle anatomique est impossible. Seul CHOLZOFF cite un cas d'examen histologique

« on voit dans la couche musculaire longitudinale interne tout comme dans la couche circulaire externe (sphincter interne) une forte hyperplasie du tissu conjonctif ; tissu qui a partout l'aspect fibreux et qui non seulement entoure le sphincter mais pénètre entre ses faisceaux qu'il enveloppe. Aussi les faisceaux musculaires du sphincter sont atrophiés par compression, leurs noyaux sont mal colorés ou même disparus. Nulle part de tissu conjonctif jeune, ni d'hyperplasie musculaire ». D'après cette description la contracture du col semble donc ressembler d'assez près à nos tumeurs fibro-myomateuses. Celles-ci étant circulaires expliquent fort bien le seul symptôme caractéristique de cette affection, la rétraction du col.

Reste à savoir enfin qu'elle est l'origine, la pathogénie de ces hypertrophies cervicales. — La plupart seraient de souche inflammatoire : leur structure fibreuse, la présence d'infiltration leucocytaire en seraient les témoins, les urétrites antérieures en seraient la cause par l'intermédiaire de la prostatite. Mais nous avons eu déjà l'occasion de démontrer la fragilité de ces arguments : l'infiltration leucocytaire est un processus surajouté, une complication récente ; quant au tissu fibreux il peut fort bien se substituer au tissu musculaire au cours d'une irritation ou d'une infection chronique, le début semblant marqué d'habitude par une hypertrophie musculaire. D'ailleurs si l'on pouvait démontrer le rôle pathogénique de l'inflammation, celle-ci aurait pour siège, non pas la glande prostatique, mais les glandes sous-urétrales cervicales qui sont seules au contact intime des couches musculaires du col, l'hyperplasie serait la résultante d'une métrite segmentaire, d'une cervicite. Mais alors pourquoi le rétrécissement du col serait-il plus fréquent que

celui de l'urètre prostatique, ce dernier contenant lui aussi un groupe de glandes montanales ?

Si l'origine inflammatoire ne pouvait être mise en cause l'adéno-myome serait le résultat d'un *processus sénile* indéterminé. Cette théorie constate le fait sans l'expliquer puisque normalement la glande sénile s'hypertrophie. « On n'observe pas pour la prostate d'atrophie sénile, comme pour les autres glandes. Nous tenons tout au contraire pour normal que la glande s'accroît avec l'âge » (VESZPREMI). C'est alors que certains partisans de la « contracture du col » font intervenir le spasme du sphincter interne, spasme assez prolongé pour entraîner l'hypertrophie musculaire puis fibreuse. Malheureusement ce spasme n'a pas de cause précise, sinon l'impressionnabilité du sujet, la névralgie du col. Certes une uretrite postérieure douloureuse peut provoquer ce spasme, peut-être même ce petit papillome urétral enlevé par M. MARRION avec le sphincter chez un rétentionniste était-il la cause d'un tel spasme provoquant une rétention, mais alors le spasme a pour point de départ une lésion certaine et on peut admettre son rôle comme on admet celui de la contracture dans la fissure anale, comme on admet le spasmes du pylore dans l'ulcère de l'estomac. Dans ces cas c'est le spasme qui provoque les troubles vasculaires et non les troubles vasculaires que l'on trouve à l'origine du spasme.

Toutes ces théories pathogéniques sont des hypothèses sans preuve aucune et finalement le fibro-myome du col vésical reste aussi inexpliqué que cette hypertrophie musculaire du pylore rencontrée chez l'enfant et l'adulte à l'origine de certaines sténoses pyloriques. Au pylore comme

au col vésical on retrouve tous les intermédiaires entre l'hyperplasie musculaire pure et l'hyperplasie fibreuse ou limite plastique localisée dite maladie fibroïde du pylore. La seule différence c'est que la limite est un néoplasme malin, alors que l'hypertrophie du col est une néoplasie bénigne.

3) *Etude des symptômes et du diagnostic.* Le tableau clinique de la prétendue atrophie de la prostate ne diffère pas du tableau de l'hypertrophie comme le laissent croire les descriptions classiques allemandes, toutes deux aboutissent au prostatisme, à l'ischurie paradoxale (incontinence et rétention).

Le signe habituel de l'atrophie serait l'incontinence primitive sans rétention aucune, l'énurésie. Mais toutes les observations signalent le contraire, la rétention existe toujours et s'annonce comme dans l'hypertrophie par de la difficulté à uriner surtout le matin, par de la pollakiurie nocturne, et le résidu apparaît peu à peu. « Nos observations (12, 13, 14) démontrent combien fréquemment existe un résidu dans l'atrophie malgré la remarque répétée des manuels » (COESAR). Cette rétention peut d'ailleurs apparaître ou augmenter à la suite d'une *rétention complète aiguë* qui cependant devrait être une complication propre à l'hypertrophie. Mais précisément nous trouvons de tels accès de rétention signalés par COESAR (obs. 13, 14) POSNER (obs. 9).

L'incontinence primitive sans rétention est un phénomène que l'on peut observer, bien que très rarement, au début d'une hypertrophie, elle ne serait donc pas le propre d'une atrophie, mais plutôt d'une variété de lobe moyen : « Il est beaucoup plus rare de voir chez les prostatiques de l'incontinence sans accumulation de liquide

dans la vessie. L'incontinence est due alors aux déformations déterminées par la maladie dans le col et dans l'urètre qui rendent inefficace l'action des sphincters : on a signalé cette incontinence lorsque le lobe moyen s'enfonce comme un coin entre les lobes latéraux qu'il écarte, laissant de chaque côté une rigole uréthro-vésicale toujours ouverte » (ALBARRAN). C'est, peut-être sur de tels cas qu'a été fondé le tableau de l'atrophie de la prostate, car la prostate peut rester petite quand le lobe moyen s'hypertrophie seul.

L'infection urinaire serait aussi plus fréquente au cours de l'atrophie, les germes remontant à travers le sphincter insuffisant. Il est probable qu'il faut voir là une simple coïncidence.

Bref les symptômes fonctionnels de l'hypertrophie et de l'atrophie sont entièrement superposables.

Les signes physiques permettent-ils de faire toujours le diagnostic ? Les auteurs allemands font grand cas du toucher rectal fait sur sonde urétrale : on apprécierait ainsi d'une façon exacte le volume de la prostate et de ses lobes. En réalité on obtient toujours des données très approximatives en raison du volume variable de la glande suivant les individus, des erreurs que peut provoquer la congestion surajoutée, le bas-fond contenant un résidu. GOESAR (obs. 14) croyant à une hypertrophie, trouve une glande très petite et un lobe moyen, aussi met-il en garde contre les erreurs du toucher, et pour les éviter il fait le toucher dans la position debout, dans la position de la taille et la position genu pectorale !

Le toucher combiné au palper hypogastrique peut faire reconnaître un lobe moyen lorsque celui-ci est très développé. Sinon cette exploration n'est d'aucun secours

en cas de petite prostate. Quant au mensurateur intravésical de la prostate de CATHELIN, il permet d'apprécier le degré de l'hypertrophie qu'on reconnaît facilement à d'autres signes, mais pas les petites hypertrophies, les nodules qui déforment à peine le col.

L'urètre semble raccourci quand on y introduit une sonde en cas d'atrophie, ce fait est probablement une illusion produite par une traversée très facile, car on n'a jamais fait de mensurations précises pour prouver ce fait contraire à la logique. Le raccourcissement de l'urètre supposerait l'abaissement du col de la vessie. Or cette région est très fixe et presque immobile.

A l'examen cystoscopique on voit des colonnes plus ou moins développées, celles-ci peuvent être aussi développées s'il s'agit d' « atrophie » que s'il s'agit d'hypertrophie. Le contour du col lui-même est généralement déformé et un peu congestionné : en examinant tout le pourtour on trouve généralement une ou plusieurs saillies et très souvent en particulier une saillie de la partie inférieure « qui en impose pour un lobe moyen » et qui de fait en est bien un. Ce lobe peut prendre l'aspect d'une barre transversale ou même d'une valvule, c'est l'ancienne valvule du col ! On ne confondra pas des bulles d'œdème avec les déformations du col comme l'a fait COESAR (obs. 14).

Cependant toute déformation du col peut manquer, ainsi dans les obs. 3, 4 de GROGSLICK, il faut alors pouvoir rechercher le signe de *surélévation du col* signalé par M. MARION : le rebord du col soulevé, non plus en partie, mais en totalité est rapproché des orifices urétéraux et l'on peut voir dans un même champ rebord du col et

orifice de l'urètre. Ce signe permet de diagnostiquer une hypertrophie cervicale autrement méconnue.

LEGUEU et MOREL ont encore signalé l'éosinophilie comme un signe presque constant d'hypertrophie prostatique et il pourrait être utile de la rechercher.

Enfin dans toute rétention d'urine d'origine cervicale le sphincter du col serait contracturé de façon à s'opposer à l'évacuation de l'urine et cette rigidité du sphincter pourrait être reconnue d'après KROEPLT de la façon suivante au moyen de l'urétroscope à irrigation de GOLDSCHMIT. La vessie étant remplie on place le champ dans la région du col et on invite le malade à uriner. Si le col est normal il s'ouvre et l'on voit augmenter la concavité de son arc, si le sphincter est contracté on n'observe pas ce phénomène.

Quoi qu'il en soit de ces symptômes divers il peut arriver que l'on n'en trouve aucun pour expliquer certaines rétentions d'urine : le système nerveux a été examiné on a recherché les causes vésicales, rénales ou urétérales (calcul inférieur), on a fait une urétroscopie pour découvrir une lésion de l'urètre postérieur, et pourtant on n'obtient aucun renseignement. Même dans ce cas il peut s'agir d'une hyperplasie du col au début, ou peut-être d'un spasme réflexe ; et l'on a tout avantage à considérer ce diagnostic comme exact et à intervenir pour enlever ou sectionner le col et son sphincter, car on guérit de toute façon le malade puisqu'on supprime l'obstacle, et puisque la vessie garde toujours assez de tonicité et de puissance contractile pour évacuer l'urine en totalité ou en partie.

L'indication opératoire semble donc formelle, il reste

à déterminer quelle est la meilleure technique opératoire à suivre dans ces cas.

TRAITEMENT. — Actuellement on énuclée toutes les grosses hypertrophies quand l'opération est possible, faut-il faire de même pour les petites, pour ces hyperplasies du col ; ou peut-on se contenter de dilacerer, dilater ou sectionner le col qui s'oppose au cours de l'urine par sa rétraction, son spasme ou son gonflement congestif ?

Les divers modes de traitement agissent soit en décongestionnant le col, soit en dilatant ou sectionnant le sphincter soit en enlevant toute la région du col.

A. PROCÉDÉS AGISSANT PAR DÉCONGESTION.

On pourra essayer du traitement par la sonde à demeure de gros volume qui agit autant en dilatant l'orifice qu'en le décongestionnant. Mais il est rare qu'on obtienne une guérison par ce simple traitement qui est plutôt un traitement de début ou un traitement de complication (cystite).

On a essayé du drainage prolongé par *cystostomie* : le FUR a obtenu un succès complet par ce procédé chez un vieil artério-scléreux qui ne voulut pas accepter la prostatectomie après cystostomie.

De même ROCHET a guéri deux malades par *taille périnéale* de l'urètre membraneux et drainage pendant 2 mois.

Ces quelques succès isolés ne peuvent autoriser aucune conclusion en leur faveur. Ce sont en tout cas des moyens inoffensifs qu'on pourra utiliser si l'on ne désire pas mieux.

B. DILATATION OU SECTION DU COL.

Après cystostomie il est facile d'agir sur l'orifice du col vésical et de le dilater avec les doigts si on le sent rétracté. Cette dilatation peut même aboutir suivant son degré à une véritable délacération, à un éclatement du col. LE FUR se déclare partisan de ce procédé. Et CATHELIN lui doit (obs. 36) probablement un succès qu'il rapporte à l'opération de ROCHET. La question est de savoir si cette dilatation permet d'obtenir un succès durable : la contracture du sphincter anal cesse après dilatation parce que la fissure guérit, mais le spasme du col peut reprendre puisqu'on ne s'attaque pas à la lésion qui l'a provoqué.

Aussi la section du col est-elle préférable puisqu'elle assure la section de l'anneau sphinctérien. Elle peut être faite par taille hypogastrique et directement avec le galvanocautère, ou encore par incision périnéale avec l'inciseur de BOTTINI. L'incision doit avoir une profondeur de 2 cm à 2 cm $\frac{1}{2}$. Nous reprochons à ce moyen d'être aveugle, l'étendue de la section est incertaine, celle-ci peut-être incomplète et il faut recommencer, ou être trop étendue et entraîner l'incontinence (CHOLZOFF obs. 26), enfin les risques opératoires sont aussi redoutables que ceux d'une prostatectomie pour un bénéfice qui peut être moindre. Nous ne voyons donc pas l'avantage de cette opération qui a pourtant donné de nombreux succès, incomplets parfois il est vrai.

C. ABLATION DU COL.

Cette ablation peut être faite avec l'instrument de YOUNG, ou tube à emporte-pièce. Cet instrument qu'on introduit par l'urètre est composé d'une chemise longue

et coudée qu'on peut éclairer à son extrémité, chemise dans laquelle se meut un tube tranchant. La chemise porte à sa face postérieure un orifice dans lequel on fera pénétrer le lobe moyen en se guidant grâce à l'éclairage du tube, puis on sectionnera ce lobe au moyen du tube tranchant, glissant dans la chemise, cette opération doit être répétée sur les parties latérales du col. Telle est cette opération somme toute plus compliquée qu'une prostatectomie et n'assurant pas une ablation complète de la tumeur avec le sphincter. Cette opération remet en question les prostatectomies partielles, l'ablation du seul lobe médian. Ces interventions sont abandonnées.

La seule opération logique complète c'est donc la prostatectomie, la prostatectomie transvésicale qui n'a pas les inconvénients de la prostatectomie périnéale de WILMS, encore employée par POSNER. La prostatectomie aura pour ces petites hypertrophies les mêmes indications et contre-indications que pour une hypertrophie ordinaire, l'état local et l'état général fourniront ces indications et ces contre-indications, et l'on pourra opérer en deux temps : cystostomie, puis prostatectomie si on le juge préférable, l'anesthésie sera générale, rachidienne ou locale au choix de chaque opérateur. F. STRAUS signale un cas de paraplégie durable après anesthésie lombaire, en sorte qu'il tend à déconseiller cette méthode dont il était auparavant très partisan.

L'énucléation même de la petite prostate est *toujours plus difficile* que celle d'une volumineuse prostate : le fait est reconnu de tous les opérateurs, le plan de clivage est beaucoup moins net, on peut s'en écarter plus facilement et le doigt se perd alors dans les tissus voisins. La difficulté tient aussi à ce que cette petite tumeur se sent

moins bien, qu'elle a des contours moins nets et dont on perd plus facilement le contact. C'est donc dans ces cas qu'une longue habitude de la prostatectomie sera le plus utile. A défaut de celle-ci on se souviendra qu'il faut attaquer la muqueuse sur le rebord postérieur du col de façon à trouver le plan de moindre résistance, juste en arrière du col épaissi. « Cette ablation du col est chose très facile si l'on attaque la muqueuse vésico-cervicale très près du col et si l'on pénètre bien dans le plan de clivage, que l'on trouvera toujours immédiatement autour du sphincter vésical. » (MARION)

Mais si la prostatectomie est d'une exécution plus laborieuse dans ces cas, elle n'est nullement impossible, comme l'ont soutenu au dernier congrès allemand d'urologie STRAUS et VOELKER, à moins qu'ils n'entendent parler non de la petite hypertrophie mais de la prostate elle-même. N'est-ce pas dans ce sens qu'il faut comprendre cette phrase de F. STRAUS ? « Il y a de petites prostates du volume d'une noisette, d'une cerise ou d'une prune que qu'il est difficile mais pourtant facile d'enlever ; seule la prostate atrophiée, réduite, me semble impossible à enlever. » VOELKER prétend que l'énucléation, impossible par voie transvésicale est plus facile par voie périnéale. Et ZUCKERKANDL a ajouté d'une façon très sensée : « je ne pense pas que tout ce qu'on a écrit dans la littérature sous le nom d'atrophie prostatique soit effectivement tel. Je ne voudrais pour mon compte accepter que les cas vérifiés au microscope. Souvent il doit s'agir d'un petit adénome sous-muqueux du col vésical, et je voudrais faire ressortir l'importance de ces hypertrophies prostatiques en miniature, qui dès leur apparition donnent des symptômes très accusés avec un organe non augmenté de volume, Les petites hypertrophies se distinguent de l'atrophie en

ce qu'on peut les énucléer de la loge prostatique. Je suis comme VOELKER tout à fait d'avis qu'on ne pourrait pas plus énucléer une prostate atrophiée qu'une prostate normale. L'hypertrophie prostatique est limitée à une partie bien déterminée de la glande alors que l'atrophie l'envahit tout entière ».

Ajoutons que la prostatectomie nous semble tout aussi indiquée dans les cas de contracture du col, qui sont également des hyperplasies cervicales : on enlève de cette façon et sûrement tout le col, avantage que ne donne ni sa dilatation ni l'amputation partielle du col de YOUNG. D'ailleurs ce traitement a été appliqué avec succès par ESCAT aux rétractions du col.

ESCAT conseille, une fois l'énucléation terminée, que l'on ait obtenu sûrement toute la tumeur enlevée en bloc ou qu'on ait risqué d'en laisser une partie en l'enlevant par morceaux, de faire, surtout en cas de rétraction du col une section ou une dilacération des tissus appelés à former la nouvelle paroi urétrale, car il attribue à la rétraction de ces tissus un rôle important dans la formation des rétrécissements post-opératoires prostatiques. « Au cours de l'opération, la section ou la dilacération prudente du col peut être une excellente mesure préventive contre ces cas de rétraction vicieuse, surtout si la prostate est atrophiée, scléreuse et le col résistant » (Escat). Mais peut-être était-il resté dans les cas qu'ESCAT cite à l'appui de son opinion, une partie du col sclérosé : « après l'opération le col formait un diaphragme dur que j'eus le tort de ne pas sectionner ou dilacérer » dit-il, car normalement la loge prostatique doit être souple quand la prostatectomie est terminée. Les rétrécissements consécutifs à la prostatectomie sont formés

par un diaphragme muqueux rétracté situé au-dessus de la cavité laissée par l'opération, ils sont formés par la muqueuse vésicale rétractée et non par la loge prostatique elle-même.

Après prostatectomie les soins sont les mêmes qu'il avait été le volume de la glande enlevée. CARRARO signale un mode de tamponnement un peu spécial qu'il pratique à l'Hôpital de Milan : il conduit la mèche de gaze dans la cavité prostatique en l'attirant par des fils passés dans l'urètre au moyen d'une sonde urétrale. Ce fil est lui-même arrêté au méat grâce à un petit tampon de gaze lié sur le méat.

Quels sont les *résultats* obtenus par prostatectomie dans ces cas ? Dans toutes nos observations, et il en est ainsi pour la plupart, les résultats ont été excellents, parfaits : le résidu a complètement disparu, la miction spontanée est revenue, les malades gardent seulement une légère pollakiurie. BARTH, GROGLIK, SUSSENGUT, COESAR, POSNER, KUMMEL ont obtenu de semblables résultats et sont très partisans de la prostatectomie dans les « atrophies » prostatiques. Le traitement de « l'atrophie » prostatique a fait au congrès d'urologie allemande de 1913 l'objet d'un rapport de STEINER qui conclut à l'indication formelle de la prostatectomie en raison de la perfection du succès obtenu par lui dans cinq cas. Seul SCHULTHEIS fit des restrictions, sur cinq cas d'atrophie prostatectomisés, 4 gardèrent un résidu important, aussi SCHULTHEIS ne voudrait-il pas recommander la prostatectomie dans tous ces cas. D'autre part ROCHET avait signalé au congrès d'urologie de 1911 deux cas d'insuccès complet après ablation du col vésical. Ces auteurs sont seuls à apporter une note discordante sur le mérite de la prostatectomie, encore faudrait-il savoir dans quelles conditions et com-

ment ont été opérés leurs malades restés retentionnistes ; car l'accord est presque unanime en faveur de la prostatectomie appliquée à tous les cas d'ancien « prostatisme vésical ».

Les résultats complets obtenus par ces prostatectomies nous montrent que c'est en somme au sphincter qu'est due toute rétention, que le sphincter soit vraiment lésé sclérosé ou hypertrophié, ou qu'il soit simplement contracté par spasme, comme dans cette observation de polype urétral rapportée par M. MARION. Les malades guérissent parce qu'on enlève l'obstacle et ils restent continents puisque le sphincter strié suffit à cette tâche.

Est-ce à dire que les lésions du muscle vésical n'aient aucune importance ? Nullement, ces lésions pariétales ont été démontrées récemment encore par CASPER, DETON elles affaiblissent la contractilité vésicale, et expliquent probablement, quand elles sont très prononcées, ces résidus minimes ou importants qui persistent après prostatectomie. Mais il est impossible de prévoir, comment se comportera la vessie après prostatectomie. Si elle reprendra sa fonction, comme elle fait d'habitude, ou si elle restera en partie insuffisante. C'est dans ce dernier cas seulement qu'une plicature vésicale de ROCHET réduisant la capacité du réservoir deviendrait indiquée.

En somme les nombreux succès obtenus par section ou énucléation du col tant en France qu'à l'étranger montrent que *là est la cause habituelle du prostatisme sans prostate*. Est-ce à dire que l'impuissance vésicale primitive, le *prostatisme vésical* n'existe pas ? Nous n'oserions le prétendre, en tout cas on ne saurait admettre son existence qu'après avoir acquis la certitude que le col n'est *pour rien* dans la rétention.

TROISIÈME PARTIE

OBSERVATIONS

1. — Observations d' « Atrophie » de la prostate

OBSERVATION I (BARTH)

Dans le premier cas il s'agissait d'un homme de 56 ans petit et malheureux et qui depuis trois ans souffrait de troubles urinaires de plus en plus accusés. La miction était devenue de plus en plus difficile, fréquemment le malade ne pouvait uriner quand il le voulait et dans les jours précédents était apparue une rétention complète, qui força aux sondages. L'urine était infectée par des cocci, contenait un peu d'albumine et de pus, l'étude de la fonction rénale à l'indigo-carmin montra des fonctions normales. La prostate semblait très petite au toucher et pourtant à l'examen cysoscopique on voyait une légère augmentation de volume du lobe moyen. Aucun signe tabes. Une mise en observation de 18 jours avec l'emploi intermittent de la sonde à demeure n'apporta aucune modification, aussi je me résolus à l'opération le 14-3-10. Je fis une incision haute et fus très étonné de ne trouver dans cette grande vessie couverte de colonnes ni hypertrophie du lobe moyen, ni autre obstacle de l'orifice interne (valvule du col ou autre). L'examen bimanuel par le rectum et par la vessie montra une diminution marquée de la prostate et dans l'idée que là pourrait être l'origine de la gêne de la miction je fis une *extirpation totale* de la glande rendue très difficile par la présence de connexions fibreuses avec le pourtour. La prostate entière se composait de deux petits nodules ayant à peine le volume

d'un pois. Au microscope ceux-ci donnaient l'image d'une prostatite chronique avec infiltration périglandulaire de petites cellules et substitution d'un tissu conjonctif dense au tissu musculaire.

Le résultat fonctionnel fut meilleur qu'on ne l'espérait. La plaie vésicale guérit rapidement après ablation du drain, la fistule vésicale était déjà fermée après 14 jours, le malade retenait bien son urine et urinait à son gré toutes les 3 à 4 heures. Il y avait au début un résidu de 100 gr. qui tomba après quelques semaines à 30 gr. L'état général s'améliorait à vue d'œil et 40 jours après l'opération le malade pouvait être considéré comme guéri. Le 7-4-11, un an après l'opération, j'appris par son médecin qu'il se portait à merveille, n'avait plus aucun trouble et pouvait retenir et évacuer son urine tout comme un individu sain. L'urine était très claire, sans pus ni albumine.

OBSERVATION II (BARTH)

Homme de 63 ans, faible, souffrant également depuis 3 ans de troubles vésicaux et finalement de rétention d'urine et d'incontinence nocturne. Il dut être cathétérisé et en raison de difficultés du cathéterisme on dut l'amener à la maison de santé le 29-7-10. Prostate très petite et dure. A l'examen cystoscopique colonnes vésicales mais aucune altération de la vessie. Aucun signe de tabes. La pose d'une sonde à demeure resta sans influence sur les troubles vésicaux. Ainsi le 8-8-10 on fit une prostatectomie transvésicale à l'anesthésie générale. Le col se présentait ici aussi sans altérations, la prostate était petite, dure, fusionnée, difficile à énucléer. Elle se composait de deux lobes plus gros que des haricots et le tout pesait 7 gr. Au microscope c'était le tableau d'une *prostatite chronique scléreuse* avec dilatation des acini glandulaires et disquamation épithéliale.

Ici aussi on fit un drainage combiné à l'aspiration et la guérison de la plaie vésicale se fit rapidement. Au début tout d'abord le malade conserva une certaine incontinence nocturne, tandis que le jour il pouvait retenir son urine et l'évacuer librement. A sa sortie le 10-9-10 il était déjà guéri de ce trouble et il nous informait par lettre le 7-4-11 qu'il urinait 3, 4 fois par jour. Rarement il devait se relever la nuit et pouvait bien retenir son urine. Son poids avait augmenté de 21 livres.

OBSERVATION III (GROGSLIK)

Rétention chronique consécutive à une atrophie prostatique chez un homme de 61 ans; ablation d'une prostate de 10 gr. 5. Guérison avec retour complet des fonctions vésicales.

J. O. employé de chemin de fer, 61 ans, vient me consulter en avril 1908. Depuis plusieurs années il urine très souvent. A la fin de 1907 sont apparus les signes d'une rétention chronique incomplète avec ses suites habituelles : incontinenances nocturne, troubles de digestion. En janvier 1908 ces symptômes prirent tant d'importance qu'un médecin de province dut faire un cathétérisme. Une rétention complète s'ensuivit qui condamna le malade à des cathétérismes réguliers. Dans les premiers temps la sonde passait facilement mais plus tard le cathétérisme devint de plus en plus difficile et parfois le patient était obligé d'attendre assez longtemps avant de parvenir à franchir l'obstacle ; il arrivait même que toute tentative était vaine et l'essai devait être remis à un moment plus propice.

Bientôt les urines devinrent manifestement purulentes, manifestation d'une cystite qui augmenta encore le nombre des cathétérismes nécessaires. C'est lorsque le patient fut las de se cathétériser qu'il vint demander un secours opératoire.

L'examen montrait qu'il s'agissait d'un individu faible,

nerveux, porteur de paquets hémorroïdaires développés, retentionniste complet obligé à 4 à 6 catheterismes dans la journée. L'urine recueillie par cathétérisme contenait 0 gr. 5 d'albumine 0/00 et de nombreux leucocytes dans le sédiment. Au toucher rectal la *prostate* se montrait non augmentée de volume, lisse et de consistance normale. A la *cystoscopie* on ne trouve aucune altération du col vésical, mais des colonnes très développés avec des cellules. Signes de cystite. Aucun signe d'affection du système nerveux central, ni syphilis, ni blennorrhagie.

D'après ces faits j'ai pensé qu'il s'agissait de troubles de prostatisme sénile sans hypertrophie de la prostate et ai jugé indiquée une intervention opératoire. Celle-ci fut faite le 2 mai 1908 à l'anesthésie chloroformique. Une sonde est placée avant l'opération et on remplit la vessie d'une solution boricuée, après lavage. La paroi vésicale est d'une épaisseur considérable. La région de l'orifice urétral profond avait l'aspect d'une dépression en entonnoir conique au fond duquel se trouvait l'orifice urétral gros comme une tête d'épingle, cet orifice s'élargissait d'ailleurs facilement sous la pression de la sonde. La muqueuse était à cet endroit fortement plissée dans le sens radiaire. L'index gauche soulève la prostate par le rectum et la fixe, de la main droite on incise la muqueuse vésicale juste en arrière de l'orifice urétral et on entreprend l'énucléation de la glande. Ce temps est d'une exécution très difficile surtout pour libérer la glande de la paroi postérieure de l'urètre avec laquelle elle fait corps. Un moment je crus que je devrais me borner à l'ablation des lobes latéraux de la glande, tout en craignant que le lobe moyen abandonné n'engendrât des troubles fonctionnels ultérieurs et ne vint mettre en doute le succès opératoire. Aussi je résolus à détacher la paroi urétrale postérieure avec l'ongle ce qui fut difficile à la vérité, mais me donna la possibilité d'enlever la glande en totalité. L'hémorragie fut assez importante pour qu'une irrigation chaude ne puisse l'arrêter, si bien que je dus tamponner la vessie pour l'arrêter et placer une sonde de Pezzer à demeure dans le segment postérieur de l'urètre. Pour faci-

liter l'accès de la cavité prostatique en cas d'hémorragie on suture à la peau le bord postérieur de la plaie vésicale par des fils au catgut. On laisse ouvertes les plaies vésicales et abdominale.

La glande enlevée a la forme d'un as de cœur et pèse 10 gr. 5, *elle est donc plus petite qu'une glande normale qui pèse 15 à 20 gr.*

Suites opératoires apyrétiques mais sérieuses. Pendant les 8 premiers jours vomissements chloroformiques, ensuite pendant 15 jours diarrhée opiniâtre, malaise général, anorexie. La plaie se cicatrise très lentement, aussi la vessie ne peut-elle reprendre ses fonctions qu deux mois après l'opération et la guérison complète de la plaie ne survint que 4 à 5 mois après. Actuellement le patient vide sa vessie complètement sans difficulté en un jet puissant, bien nourri. Au début il urinait toutes les 2 heures le jour, toutes les 3 ou 4 heures la nuit, plus tard tout revint à la normale. A remarquer toutefois que durant un certain temps une goutte d'urine vint sourdre au niveau de la cicatrice au moment de la miction, attestant qu'une fistule filiforme persistait malgré la guérison apparente de la plaie, celle-ci fort probablement due à la fixation de la paroi vésicale à la plaie abdominale. Cette fistule s'est fermée complètement après quelques mois et apparemment après issue d'un petit calcul phosphatique qui avait dû se former dans la cavité prostatite. En ce qui concerne les fonctions sexuelles le patient déclare que l'instinct est conservé, que l'acte sexuel est normal, mais à la fin de celui-ci l'éjaculation n'a pas lieu, elle se fait à reculons dans la vessie et aucunement en dehors.

Examen histologique (fait par Ciecanowski.) — La dispersion des faisceaux musculaires au sein du stroma fait penser que les coupes intéressent les parties antéro-latérales de la prostate. Les préparations ne contiennent que de rares *glandes* presque toutes réunies à la périphérie de la coupe. Dans la lumière de ces glandes d'assez volumineux corps amylacés concentriques : parmi ces corps les uns remplissent la lumière glandulaire, les autres ont à leur côté des cellules épithé-

fiales exfoliées et de petites cellules à noyau arrondi et foncé. Certaines glandes sont dilatées et n'ont plus les festons normaux. L'épithélium glandulaire n'est pas partout conservé, il manque dans plusieurs glandes sur une étendue importante de leur paroi. Nulle part au voisinage des glandes on ne trouve de petites cellules rondes inflammatoires dans le stroma. On n'en voit qu'autour d'un vaisseau.

Dans une préparation au Van Giéson on voit çà et là au voisinage des glandes des traînées de tissu fibreux coloré en rouge, ce qui, joint à la diminution générale de la glande, repelle un peu l'atrophie inflammatoire de la prostate.

OBSERVATION IV (GROGSLIK)

Rétention chronique, avec infection consécutive à un atrophie prostatique chez un malade de 52 ans. Prostatectomie sus-pubienne. Ablation d'une glande pesant 5 gr. 7. Guérison complète.

K... 52 ans, employé de bureau, souffre depuis quelques années de pollakiurie et de difficulté des mictions. Avec le temps les symptômes morbides s'accroissent constamment si bien que dans l'été de 1907 le patient urinait toutes les 15 à 20 minutes. Bientôt apparurent les troubles digestifs : sécheresse accusée de la bouche, soif vive, sensation de constriction à la gorge et dégoût invincible des aliments. Ces symptômes étaient si accusés qu'ils devenaient dangereux. A cette période les troubles de miction s'étaient accrus : quelques gouttes d'urine seulement s'écoulaient à chaque miction, la nuit, le malade était incontinent. On essaya d'un traitement interne longtemps sans résultat ; un cathétérisme fut fait le 5 décembre 1907 et une assez grande quantité d'urine résiduelle fut évacuée. Mais depuis les mictions spontanées ont complètement disparu et le patient doit se cathétériser de façon continue. Les troubles digestifs disparurent bientôt, mais les urines qui étaient restées claires jusqu'alors se troublèrent, la fièvre apparut et la strangurie devint plus accusée. Quelques jours

après le premier cathétérisme apparurent dans l'urine d'assez nombreux petits calculs qui durent être évacués par aspirations. Alors se manifestèrent des symptômes graves : frissons, température allant jusqu'à 41° pendant plus de quatre semaines. Au mois de février 1908 l'état du malade était le suivant : facies jaunâtre, corps amaigri, accès de fièvre accompagnés de forte purulente des urines, aucune infection vénérienne avouée. Envies plus violentes et plus fréquentes sans émission d'une seule goutte d'urine. Le cathétérisme se fait d'habitude facilement, parfois cependant on sent un obstacle dans la partie profonde de l'urètre. Les urines sont très troubles et contiennent beaucoup de pus. Rien du côté des organes thoraciques, réaction pupillaire normale, réflexes conservés. Rien du côté des reins. Le toucher rectal pratiqué, la vessie vide, montre que la prostate est considérablement diminuée de volume, chacun des lobes est dur, lisse, gros comme une noisette. — La cystoscopie faite après quelques mois montre des colonnes vésicales très développées, des cellules nombreuses et profondes, de la rougeur de la muqueuse aucun signe d'hypertrophie au niveau de l'orifice profond de l'urètre.

Diagnostic : rétention chronique complète succédant à une rétention incomplète avec distension vésicale, celle-ci ayant probablement pour origine des *altérations peu marquées du col vésical par atrophie prostatique*.

Comme l'état s'aggravait sans cesse rendant tout travail impossible au patient, comme d'autre part la longue durée de l'affection ne laissait aucun espoir de rétablissement de la fonction vésicale, je considérai qu'une tentative opératoire était formellement indiquée.

Opération le 17 octobre 1908 à l'anesthésie chloroforme, scopolamine-morphine. Après lavage vésical et réplétion de la vessie avec 300 gr. de solution boricuée aseptique, cystostomie sus-pubienne longitudinale. Après ouverture de la vessie on voit l'orifice urétral profond sous la forme d'une fente transversale dont la lèvre postérieure est éversée en arrière.

L'index gauche soulève la prostate par le rectum, chose assez difficile en raison de la petite dimension de la glande. On sectionne transversalement la muqueuse vésicale en arrière du col et on libère la glande avec l'index droit. Cette libération fut très difficile en raison des petites dimensions de la prostate et d'autant plus, qu'en raison de l'âge avancé du malade, je cherchais à conserver le segment prostatique de l'urètre avec les canaux éjaculateurs pour laisser intacte la fonction sexuelle. Après libération complète de la glande d'avec l'urètre, la prostate fut enlevée et la lèvre postérieure pendante de l'orifice profond de l'urètre fut coupée transversalement. Hémorragie relativement minime qu'on arrête par une injection boriquée chaude faite par l'urètre. Puis la loge prostatique est provisoirement tamponnée de gaze. Suture de la partie supérieure de la plaie vésicale par deux rangs de suture, gros drain dans la partie inférieure. Suture de la paroi abdominale en deux étages en laissant la place pour le drain vésical.

La *glande enlevée* se compose de deux lobes unis l'un à l'autre, ayant à peine le volume d'une noix, la glande avec le segment de muqueuse réséquée pèse 5 gr. 7.

Suites opératoires afebriles dans les premiers jours puis apparaît une bronchite. L'état général reste pourtant satisfaisant. L'urine s'écoule librement par le drain, elle est sanglante les deux premiers jours, normale ensuite, on change plusieurs fois par jour les parties superficielles des pansements qui sont mouillées. Matin et soir on change le bandage et on fait un lavage soigné de la vessie par le drain. Au 5^e jour ablation du drain, on lave la vessie en introduisant une sonde par la plaie. Au 6^e jour ablation des sutures cutanées, réunion per primam. Au 17^e jour le malade urine pour la première fois en bon jet, il ne passait que quelques gouttes par la plaie hypogastrique. La plaie vésicale est complètement fermée 3 semaines après l'opération, et la plaie abdominale 5 semaines après. Le patient urine tous les 3/4 d'heure en bon jet par l'urètre et sans difficulté, il dort souvent pendant 8 heures consécutives sans avoir besoin d'uriner. Urines claires. Au

début il y avait un résidu de 40 à 60 cc. qui a ensuite complètement disparu. Les accès de fièvre ont complètement disparu. L'éjaculation est normale.

Examen histologique (CIECANOWSKI). Les coupes proviennent du voisinage de l'urètre car on voit une partie muqueuse à la périphérie de quelques coupes. Dans toutes les préparations les *glandes existent* en petit nombre, elle sont séparées les unes des autres par d'épais rayons du stroma, ces glandes sont légèrement dilatées et ont leur aspect rameux normal. La plupart contiennent dans leur lumière des amas de cellules épithéliales exfoliées, et assez altérées. Dans quelques cavités un peu plus élargies on trouve de plus des petites cellules rondes assez volumineuses, à noyaux fortement colorés et par places des polynucléaires. L'épithélium glandulaire est cylindrique, un peu plus bas que normalement. On ne trouve pas dans ces préparations ces glandes en voie d'atrophie avec lumière étroite et épithélium bas, ni les restes des glandes atrophiées tels que corps amylicés dans des espaces conjonctifs comme cela s'observe dans les cas d'atrophie inflammatoire.

Le *stroma* est plus développé que normalement par rapport aux glandes, en de nombreux points il contient de petites cellules rondes à noyau fortement coloré, formant des amas sans limites nettes, disposés sans ordre. Ça et là seulement les cellules se groupent en traînées effilées et tortueuses. Dans une traînée on trouve d'assez nombreuses cellules fusiformes et des cellules oblongues du tissu conjonctif. Dans deux préparations on trouve des petits *amas fibreux* de configuration irrégulière. Le tissu conjonctif n'est pas partout aussi développé par rapport aux glandes entourées partout de nombreuses cellules conjonctives.

Dans 3 préparations (hématoxyline-rosine et van Gréson) on voit à la périphérie un gros foyer de 3 m/m environ de diamètre qui est assez nettement circonscrit par un anneau musculo-conjonctif, ce foyer ne contient pas de glandes, seulement du tissu conjonctif et des faisceaux musculaires lisses.

Par comparaison avec le stroma normal il contient des cellules fusiformes plus nombreuses et qui s'entrecroisent en tous sens. *Ce foyer rappelle un peu les formations décrites dans les fibromyomes.*

En somme on trouve dans ce cas un nombre de glandes plus réduit que normalement et dans celles-ci la marque d'un catarrhe desquamatif léger, une prolifération évidente dans le stroma, et dans quelques préparations une formation pouvant simuler un *fibrômyome*.

OBSERVATION V (GROGLICK)

Rétention complète, septique, d'urine chez un malade de 65 ans avec atrophie de la prostate. Prostatectomie sus-pubienne. Poids de la glande 7 gr. Retour complet des fonctions vésicales. Calculs secondaires de la vessie, lithotritie, guérison.

Homme de 65 ans qui m'est amené par un médecin étranger. Celui-ci lui avait retiré un mois auparavant un litre d'urine claire, résidu d'une rétention incomplète. Après ce cathétérisme la rétention devint complète et le malade qui urinait jusqu'alors suivant ses besoins dut se sonder constamment. Une semaine plus tard les urines contenaient une importante quantité de pus qui persista malgré les lavages vésicaux, si bien qu'on en vint à penser qu'il venait des voies urinaires supérieures.

Après évacuation et lavage de la vessie le toucher rectal montre une prostate manifestement très réduite ; au cystoscope on voit à la partie antérieure des inégalités et des épaissements du col, sur les côtés des plis de passage. En bas enfin on voit une petite formation qui ressemble à un lobe moyen. Muqueuse vésicale rouge, recouverte par place d'ilots purulents ; colonnes avec cellules entre elles. On trouve difficilement l'orifice des urètres, qui sont tout à fait normaux.

Diagnostic. — Rétention complète d'urine par suite d'altéra-

tions prostatiques. Comme cet état était survenu à la longue et comme les chances de guérison étaient minimales sans opération, le patient désirant ne plus être assujéti aux cathétérismes, je lui proposai une intervention qu'il accepta.

Prostatectomie sus-pubienne le 18 décembre 1909. Incision verticale sans anesthésie au chloroforme. L'orifice du col vésical était fermé par un lobe moyen transversalement situé qui s'élevait sous forme de valvule du bord postérieur de l'orifice. De chaque côté faisaient saillie les lobes latéraux du volume d'une noisette. Section de la muqueuse juste en arrière de l'orifice urétral profond, introduction de l'index droit dans cette plaie, de l'index gauche dans le rectum. Ablation très difficile, comme auparavant, de petites tumeurs presque fusionnées avec l'urètre. Malgré cela le canal urétral ne fut pas lésé, les 3 lobes furent enlevés l'un après l'autre, le droit, puis le gauche, enfin le moyen. Hémorragie minime, suture de la partie supérieure de la plaie vésicale, drain de Freyer suture de la paroi abdominale, pansement occlusif. Suites opératoires normales. Dans les 10 premiers jours la T. se maintint entre 37,5 et 38° en raison d'une pneumonie catarrhale, pouls : 40-60. Puis tout revint à la normale. Au 4^e jour on remplace le drain par un siphon qui lui-même est remplacé par une sonde à demeure au 10^e jour. Chaque changement de sonde était l'occasion d'une courte ascension de T. jusqu'à 39°. Au début on changeait le bandage deux fois par jour ; puis une seule fois ensuite avec la sonde à demeure. La miction spontanée commença 20 jours après l'opération, la plaie vésicale se ferma dans la 5^e semaine, la paroi abdominale la 6^e semaine. Actuellement le patient urine sans gêne 4 à 5 fois par jour en un jet puissant et épais. Aucun résidu. Conservation des fonctions sexuelles.

La prostate enlevée pèse 7 gr. et est au total deux fois plus petite qu'une normale. L'origine de la dysurie était sans aucun doute le lobe moyen qui semblait fermer l'orifice profond et formait une obstacle invincible à l'issue de l'urine.

Le patient vint me consulter de nouveau à la fin de mai

1910, il se plaignait depuis quelque temps de douleurs dans l'hypochondre droit. De temps à autre reparaisait une fistule au sein de la cicatrice, donnant passage à une partie de l'urine. Le rein droit est un peu gros et douloureux à la pression. La cicatrice est intacte. La miction normale. L'urine est trouble et chargée de concrétions du volume d'une tête d'épingle. Au cystoscope on la voit remplie de calculs gros comme des noisettes. Et l'on voit même durant l'examen plusieurs concrétions sortir de l'orifice urétral droit, ce qui démontre leur origine rénale. Pas de fièvre, bon état général, sonde à demeure, et lavages vésicaux pendant trois semaines, on retire ainsi quelques centaines de concrétions. Lithotritie quand eut cessé cette grêle de calculs. Après quoi l'état du malade ne laisse plus rien à désirer.

Examen histologique (CIECANOWSKI). — La dispersion du tissu musculaire dans le stroma et entre les glandes montre que les coupes proviennent du segment paraurétral de la prostate. Dans la partie antérieure de la coupe les glandes sont rares comme cela est normal en cet endroit. Dans les parties postérieures les glandes sont nombreuses et placées les unes à côté des autres. Dans les lumières glandulaires étroites en général on trouve des cellules desquamées, des corps amylacés et des amas de matière amorphe colorés en rose par l'éosine. Les glandes ont leur aspect festonné normal dans le segment postérieur de la préparation, avec épithélium cylindrique normal. A la périphérie d'une préparation on voit la coupe oblique d'un gros canal entouré d'une infiltration de cellules rondes dans la couche sous-épithéliale autrement aucune altération du stroma. Au total l'examen montre que la partie prostatique enlevée était relativement inaltérée. Il manque partout les signes d'atrophie inflammatoire. Dans une atrophie prostatique inflammatoire les lésions se localisent de préférence à la périphérie, ces altérations manquent dans les préparations précédentes.

OBSERVATION VI (SUSSENGUTH)

K. V. H. 67 ans. — A part une blennorrhagie avec crêtes de coq en 1867 aucune maladie.

Le début de l'affection actuelle remonte à 6 mois et s'est caractérisé par des troubles vésicaux tels que douleurs à la miction, envies d'uriner et difficultés de la miction. Ces troubles augmentent lentement jusqu'à la rétention complète, d'où des sondages plus fréquents qui deviennent très difficiles ces jours derniers. A son entrée à la maison de santé le malade présentait une ischurie paradoxale avec une vessie moyennement distendue, l'urine était légèrement trouble. Les sondes étaient difficiles à passer et provoquaient chaque fois une hémorragie. La prostate était petite et dure au toucher rectal fait sur sonde urétrale. Sa surface était un peu inégale et la pression était à peine douloureuse. A la cystoscopie on découvrait des colonnes vésicales comme on pouvait s'y attendre et la muqueuse relativement intacte. Dans la région du lobe moyen existait une saillie peu nette. A l'examen des autres organes on ne trouvait aucun signe morbide, à part les signes de vieillesse, et en particulier rien du côté du système nerveux.

Pendant 8 jours de traitement expectatif l'état empira à vue d'œil et les troubles devinrent plus marqués ; si bien que le 4 décembre nous nous résolûmes à l'opération. Après cystotomie sus-pubienne on s'aperçut qu'il ne s'agissait pas d'une hypertrophie de la prostate ni d'une de ses parties, mais qu'il existait plutôt au contraire une atrophie. Suivant le conseil de Barth nous fîmes une prostatectomie.

L'ablation de ce petit organe difficile à isoler des parties avoisinantes fut d'une exécution particulièrement difficile, mais fut cependant obtenue entière. L'hémorragie fut minime et facilement arrêtée. Sonde à demeure par la plaie fixée par un point de suture en position inclinée suivant la techni-

que de Witzel. Suites opératoires très bonnes et la guérison survient sans complications.

À sa sortie, le 3 février 1912, le patient n'avait plus aucun trouble, il retenait bien ses urines, il pouvait les garder pendant 3 heures la journée, et la nuit il n'urinait qu'une fois.

Examen de la pièce. — La prostate a dans l'ensemble sa forme habituelle, elle est seulement manifestement réduite. Sa consistance est dure, sa surface inégale, elle se compose de deux lobes du volume d'un haricot et d'un lobe médian gros comme une cerise celui-ci faisant une saillie en forme de croupion sur l'orifice de l'urètre qu'il recouvre.

L'examen microscopique de coupes faites en différents points de la pièce et comprenant le lobe moyen montre partout le caractère d'une atrophie senile. La substance glandulaire est fortement réduite, la couche épithéliale est basse. Les épithéliums présentent par place une dégénérescence adipeuse manifeste et ailleurs une pigmentation brunâtre. Les lumières glandulaires sont élargies, partiellement kystiques et contiennent de nombreux corps amylacés. Il n'existe pas de prolifération du tissu conjonctif, le tissu fibro-musculaire présente çà et là des signes de dégénérescence graisseuse, on n'y rencontre que de loin en loin des foyers composés de petites cellules inflammatoires.

La cavité de l'urètre prostatique est un peu rétrécie par la rétraction des tissus voisins. On ne trouve pas de dénérescence fibreuse du sphincter interne.

OBSERVATION VII (KUMMEL)

Nous-mêmes avons vu, dans 4 cas caractérisés par des troubles vésicaux et de la rétention complète, une guérison complète avec évacuation normale de la vessie survenue après ablation de la prostate atrophiee. Je dois avouer, si particulier que cela semble, que le diagnostic n'est pas toujours facile.

On croit souvent trouver au toucher rectal et alors que la vessie est pleine une prostate hypertrophiée, alors qu'à l'opération on ne trouve rien de semblable. On pense à l'existence d'un lobe médian faisant soupape et causant la rétention et on peut apercevoir à la cystoscopie un pli muqueux du col qu'on prend pour une hypertrophie de la prostate. Pour éviter les erreurs du toucher rectal on fera bien de le pratiquer alors qu'une sonde métallique est introduite dans la vessie : alors dans l'atrophie effective de la prostate aucun épaissement ne s'interpose entre le doigt et la sonde pour induire en erreur. Le diagnostic d'atrophie prostatique étant posé, on put exclure les causes nerveuses centrales on est alors autorisé à une intervention opération comme étant le seul traitement effectif de l'atrophie. On tentera un essai de sonde à demeure, laissée assez longtemps. Ce fut sans succès dans 3 de nos cas, et il ne fut pas essayé dans le 4^e. Dans les 4 cas il s'agissait de malades ayant de 61 à 70 ans. La prostate était toujours très petite, ses deux lobes environ du volume d'un haricot. Dans un cas la petite glande était si dure que je crus à un carcinome, dans un autre cas l'ablation d'un testicule avait pu faire penser à une atrophie de la prostate.

Chez le malade de 64 ans un des deux testicules fut enlevé il y avait 25 ans, et il est bien connu qu'après castration même unilatérale apparaît une atrophie de la prostate. D'où d'ailleurs le traitement de l'hypertrophie prostatique chez les gens âgés par la castration. Dans tous nos cas il fut fait comme pour une hypertrophie une cystotomie sus-pubienne et une énucléation du petit organe. Tous nos patients ont guéri et ont recouvré leur fonction viscale normale. L'un mourut plus tard avec du malæna. Autopsie impossible l'autre se compliqua par l'apparition d'une quantité de calculs uratiques gros comme des noisettes, il avait une vessie flasque et très distendue. A l'opération l'ablation d'une petite prostate est plus difficile que celle d'une prostate hypertrophiée car elle est très solidement incluse dans les tissus voisins et très difficile à libérer.

L'effet de l'ablation de cette petite glande qui ne semble pas

constituer d'obstacle mécanique s'explique par ce fait que le sphincter interne scléreux, rétréci qui fait obstacle, est enlevé tout comme dans l'hypertrophie et avec lui la cause de la rétention : le sphincter externe seul assure ensuite la continence. En raison de l'amélioration de la technique, de la possibilité d'opération à l'anesthésie locale chez les malades porteurs de lésions rénales je tiens la prostatectomie pour l'op. de choix dans tous les cas d'hypertrophie où la sonde à demeure n'a pas guéri la rétention.

On devrait agir de même dans l'atrophie dont la rétention ne s'améliore pas.

OBSERVATION VIII (POSNER)

N° 1136. 51 ans Brasseur Blennorrhagie à 25 ans. Depuis 5 ans brûlures dans le canal au moment de la miction et difficultés de l'urination. L'affection s'accroît lentement mais constamment, ces derniers temps la miction ne se fait plus que par gouttes et avec des douleurs épouvantables, mais jamais il n'y eut de rétention complète. Le patient n'avait aucun autre symptôme morbide. La prostate est petite, dure, peu appréciable par lapalpation. L'urètre est libre, la vessie est alors dilatée et présente de la cystite. Il y a une rétention de 600 cc. La sonde à demeure n'amène aucune amélioration.

Opération : incision de Wilms pour la prostatectomie périnéale prostate petite et dure, qui ne se laisse pas énucléer, on ne peut l'enlever tant bien que mal que par morceaux. Ouverture de la vessie, drainage de celle-ci et suture partielle de la plaie.

Examen histologique : Infiltration inflammatoire autour de tubes glandulaires raréfiés.

Le malade est en bon état au 30ème jour, après l'opération.

Quand il part, il peut conserver ses urines pendant plusieurs heures, et n'a plus de rétention.

OBSERVATION IX (POSNER)

N° 3.493/12, 61 ans, chef de bureau, n'a eu aucune maladie, dit-il. Depuis quelques années il n'urine plus aussi facilement qu'auparavant, et depuis 4 semaines seulement il y a une aggravation considérable. Souvent il urine par gouttes et il ressent ensuite de violentes brûlures. Après la miction il n'a pas la sensation d'évacuation complète. Il y a 4 jours il eut soudain une rétention complète aiguë, qu'on a traitée par cathétérisme. Arteriosclérose marquée des vaisseaux périphériques.

A l'examen local : la prostate ne paraît pas augmentée de volume. L'urètre est plat et non appréciable à la palpation. On n'arrive pas à pénétrer dans l'urètre postérieur avec une sonde de Nélaton, il faut s'aider du mandrin métallique. Dans l'urine il y a beaucoup de leucocytes, de rares cylindres, de l'albumine.

Opération de la prostatectomie périnéale par le procédé de Wilms. On arrive, bien que difficilement, à énucléer une petite prostate dure d'avec sa capsule résistante et épaissie.

Les suites sont normales. La guérison est telle qu'elle permet une continence de plusieurs heures. Il n'y a plus de rétention. Le malade s'en va le 26^e jour.

OBSERVATION X (POSNER)

Dans notre 3^e cas, nous devons faute d'une étiologie, considérer l'atrophie comme une affection essentielle.

N° 22332, 45 ans, homme de journée. Depuis l'âge de 30 ans il souffre d'une affection urinaire qui se présente sous forme d'attaques de rétention. Peu à peu ces accès deviennent plus fréquents et plus sévères. Plusieurs fois le catheterisme fut nécessaire.

En mars et avril 1910 le malade a encore été soigné dans une autre clinique médicale. En plus des douleurs urinaires apparaissent des troubles de la marche : fatigue facile et rapide, mais l'examen neurologique démontre que ceux-ci ne dépendent pas d'une affection nerveuse centrale.

Examen à l'entrée. Homme de moyenne corpulence. Organes profonds O. B. système nerveux O. B.. Il a été opéré de syndactylie des 3^e et 4^e doigts de chaque main.

Examen local. — Rétention complète d'urine, prostate très petite, ferme. Région de la vésicule seminale droite perceptible à la palpation. Cystoscopie : forte injection des vaisseaux. Excavation de la paroi-vésicale postérieure vers le Douglas. La muqueuse est en partie recouverte d'un exsudat. Rien d'anormal du côté des orifices urétéraux. Sécrétion urinaire normale. Après 6 semaines d'un traitement par catheterismes poursuivi sans aucun résultat : Opération.

Incision hypogastrique médiane avec incision transversale partielle des muscles droits. On ouvre la vessie qui est très distendue. Aucun diverticule véritable, à par l'excavation postérieure déjà constatée à la cystoscopie. La prostate proémine peu. Après incision de la muqueuse vésicale : on enuclée une prostate du volume d'une cerise. Lavage de vessie. Drain. Fermeture partielle de la plaie par suture étagée.

Examen histologique. Aucun indice de tuberculose ou de cancer, on ne trouve que des altérations « cirrhotiques ».

Suites opératoires très prolongées par une orchite. Au bout de 4 semaines 1/2 les mictions spontanées reprennent, à la sortie du malade la fonction vésicale est très améliorée. Miction spontanée toutes les 2 heures, laissant après elle un résidu de 70. Il existe un peu de cystite.

OBSERVATION XI (POSNER)

N° 3531/12 54 ans, aiguilleur antécédents familiaux sans importance. La mère du patient raconte que le jet

d'urine a toujours été faible dès l'enfance. Au régiment il remarqua que ses camarades ont la miction beaucoup plus rapide que lui. A l'âge de 27 ans, seulement apparaissent des symptômes morbides qui durent plusieurs semaines : mictions plus fréquentes, dysurie. Puis l'état s'améliore, à 30 ans des attaques semblables reparaissent. Le plus gênant était surtout une cessation brusque du jet d'urine comme s'il était coupé. Depuis des années le patient n'a pas la sensation de vider complètement sa vessie. De temps à autre crises de rétention complète. La puissance sexuelle est intacte. L'examen des viscères montre que le sujet est sain et bien constitué. Système nerveux un peu altéré.

La vessie forme une tumeur grosse comme une tête d'enfant. La prostate est petite, dure, difficilement délimitable. Le cathétérisme est facile et ramène 1200 cc. d'urine trouble qui contient au microscope quantité de leucocystes et peu d'hématies. Albuminurie moyenne.

A cause de l'interruption brusque du jet d'urine on pense à l'existence d'un calcul mobile — les exemples sont en effet connu de malades ayant gardé un calcul 30 ans et plus ou encore à une sorte de tumeur polypeuse.

L'examen *cystoscopique* montra avec certitude qu'il n'existait ni tumeurs ni calcul, ni diverticule capable d'expliquer de semblables symptômes. Toutefois on trouvait entre les deux plis urétéraux fortement proéminents un repli muqueux transversal et assez élevé pour empêcher de voir la partie de la vessie qui siégeait derrière lui. Le col de la vessie était déprimé en arrière et on n'y pouvait pas constater la présence d'une saillie prostatique.

Opération. Cystostomie sus-pubienne. Ecrasement perpendiculaire et résection partielle du repli vésical et d'une bande médiane allant du repli à l'orifice interne de l'urètre, divisant ainsi l'excavation en avant du pli en une partie droite et une partie gauche.

L'atrophie de la prostate est tellement accusée qu'on n'arrive pas à apprécier nettement sa résistance entre le doigt rec-

tal et le doigt vésical. On incise la muqueuse à l'endroit le plus résistant et on enlève par section et décollement de petits morceaux de tissus qui au microscope se montrent composés de tissu prostatique, avec de rares tubes glandulaires et prédominance du tissu musculo-fibreux.

Le résultat durable de notre opération n'a pas encore été assez longtemps observé. Le patient est sorti depuis 3 semaines avec une amélioration considérable de ses fonctions vésicales, une évacuation presque complète de l'organe et plus de ces rétentions subites. La cystite n'a pas encore disparu.

OBSERVATION XII (CÆSAR)

G..., 63 ans, manœuvre : *anamnestiques* à 17 ans blennorrhagie et épидidymite. Il se marie plus tard et n'a pas d'enfants. Sa femme meurt à 30 ans d'une « affection abdominale ». Il n'a pas eu depuis, dit-il, de maladies infectieuses.

A 8 ans il a été opéré de hernie inguinale double. Et peu après il aurait remarqué qu'il urinait difficilement. Il ressentait parfois une douleur ressemblant à une « section vésicale » et particulièrement avant de commencer à uriner. Le jet d'urine était faible. Jamais d'hématurie. Il se relevait 2 à 3 fois la nuit pour uriner. — Depuis 3 à 4 ans il accuse une incontinence d'urine survenue sans cause, il se mouille quand il est levé. A partir de ce moment il ne trouve plus de travail, ni même à se loger. Il n'a jamais été cathétérisé. Depuis plusieurs semaines l'incontinence est devenue continue, nocturne et diurne. Il entre à l'infirmerie le 25-11-12 pour guérir de cette infirmité.

État actuel — Homme grand, bien portant. Facies cireux. Les artères radiale et temporale sont dures et sinueuses. Les réflexes sont conservés, il n'y a aucun signe de tabes. Du côté des viscères : emphysème léger avec expectoration de bronchite chronique, arythmie cardiaque peu accusée. Eczéma

impetigineux du scrotum et du pli de l'aîne. Du côté de l'appareil urinaire, écoulement continu d'urine trouble par le méat, matité vésicale s'élevant jusqu'à l'ombilic. Les reins ne sont ni sensibles ni gros au palper. Au toucher rectal la prostate n'est pas augmentée de volume, elle est lisse, dure non douloureuse et recouverte d'une muqueuse mobile. L'urètre dans son tiers antérieur se laisse difficilement traverser par un 18 charrière et pas par un 19. A l'endoscopie urétrale on voit un entonnoir muqueux, blafard, rigide, sans plis ni striation dans le tiers antérieur de la pars pendula.

Résidu de 1200 cc. au premier cathétérisme d'une urine un peu trouble à réaction légèrement acide. Pas de sucre. Densité 1020. Quantité par jour 2000.

Rien donc n'expliquait clairement cette ischurie paradoxale, ni l'infiltrat scléreux trouvé au niveau de l'urètre, ni l'examen rectal de la prostate.

Traitement. — Tout d'abord on fait plusieurs cathétérismes chaque jour pour améliorer la cystite ainsi que des lavages vésicaux. Après dilatation jusqu'au 21 charrières on put faire une cystoscopie le 2-12-12 : vessie à colonnes accusées, colonnes de gros volume circonscrivant de pseudo diverticules. Enduit muqueux léger masquant les vaisseaux. Bas-fond O. B.. Du col s'élève vers la cavité vésicale une tumeur hemispherique à surface lisse correspondant au milieu de la base de la prostate. Les lobes latéraux de la prostate paraissent particulièrement petits, en tout cas nullement hypertrophiés. Diagnostic cystoscopique, hypertrophie du lobe moyen de la prostate (homer-lobe).

Extirpation de la prostate par le procédé de Freyer le 4-12-12. La palpation opératoire confirme absolument les données cystoscopiques. Aucune hypertrophie des lobes latéraux, petite saillie du lobe moyen formant soupape.

Suites opératoires. — Au 3^e jour après l'opération on retire le drain abdominal et on le remplace par une sonde à demeure. Une semaine après apparut une légère epididymite

droite qui contrainst à retirer la sonde à demeure. La fistule abdominale se trouvait déjà fermée et le patient urinait spontanément par l'urètre. Trois jours plus tard on constatait un résidu de 3 à 4 cuillerées d'urine trouble et une légère incontinence apparaissait quand la vessie était fortement remplie ou quand le patient toussait. Quinze jours après l'opération le patient restait levé. Au 17^e jours on cessa cathéterismes et lavages ; l'incontinence avait disparu. Au 28^e jour la plaie abdominale était complètement cicatrisée ; le patient urinait en un jet nourri et vigoureux.

Résidu. — Une cuillerée à soupe, urines claires. Il devait se relever encore deux fois la nuit, ce à quoi l'obligeait sa faible capacité vésicale. Ce malade âgé ne fut renvoyé qu'après une complète convalescence. Et à ce moment une cystoscopie montra que le sphincter était lisse partout, sans saillies.

Cet homme qui depuis des années était exclu de la société à cause de son affection vésicale put par suite reprendre ses occupations et sa place dans la société. Il nous quitta tout à fait bien portant et capable de reprendre son travail. Le succès opératoire fut donc des plus complets.

La prostate *extirpée en entier avec sa capsule* (?) montrait une petitesse frappante, au lieu de l'hypertrophie attendue en raison des symptômes. Le poids de toute la glande s'élevait à 3 gr. (Alors que le poids moyen est de 15 gr.), longueur 4 cm. (normalement 3 c. 4) largeur à la base 1 cm. 1/2 (normale 1 cm. 5).

De profil on reconnaissait que cette prostate était une formation unique, non lobée, et du volume d'une phalangelette. Du côté de la lumière vésicale elle faisait une saillie de la forme de la pulpe d'un doigt n'ayant pas tout à fait le volume d'une noisette. La portion circulaire de la glande qui entourait l'urètre était entourée d'une couche tendue de tissu conjonctif si bien que la pièce ressemblait à un jambon roulé, ficelé de cordes. Cette partie de la glande avait une consistance spécialement dure. De l'extrémité distale de la pièce partait un prolongement muqueux formé par la muqueuse urétrale arrachée.

D'après les 2 figures on se rend compte de la façon dont étaient troublées les fonctions vésicales : quand la vessie se remplissait le lobe médian se posait comme une soupape sur l'orifice profond de l'urètre, et il s'appliquait d'autant plus que la rétention était plus considérable ou que le malade voulait uriner.

D'après ses dimensions la prostate ainsi enlevée doit être décrite comme une prostate atrophiée.

Examen histologique. — La cavité des glandes prostatiques sont élargies et kystiques. L'épithélium en est en partie dégénéré avec noyaux mal colorés, en partie bien conservé, proliféré et tomenteux (adenome papilliforme). Il n'y a plus de glandes normales ; on trouve de nombreux corps amylacés dans les lumières glandulaires. Entre les glandes beaucoup de tissus conjonctif à trainées parallèles et sans cellules. Dans la capsule des amas de lymphocytes et à un endroit un petit abcès (à un autre une dépression cicatricielle).

L'examen histologique démontre donc bien qu'il s'agit d'une atrophie de la prostate avec formation adénomateuse partielle. Cette atrophie est attestée par l'atrophie et la diminution de l'organe, par la dégénérescence des glandes, l'atrophie et la sclérose du stroma, la dégénérescence des muscles lisses et l'abondance du tissu conjonctif. A côté se trouvait une formation adénomateuse.

OBSERVATION XIII (CÆSAR)

D. 61 ans, consul.

Anamnestiques. — Plusieurs blennorrhagies dans la jeunesse et toujours depuis « Une vessie faible ».

Dans ses jeunes années paludisme et dysenterie tropicale. Le dernier accès paludéen date de 5 ans. — A 50 ans de violentes douleurs périnéales l'empêchent de monter à cheval (prostatite). — Depuis 4 ans la dysurie s'accroît surtout la nuit. Il y a deux ans rétention complète aiguë d'urines qui s'améliore par

le cathétérisme. Au début de 1910 commencement de néphrite avec beaucoup d'albumine dans l'urine.

Le malade vient consulter le Dr W. pour pollakiurie et dysurie. On constate une dilatation énorme de la vessie avec un résidu de 2000 cc. A la cystoscopie des incrustations qui ressemblent à un tas de gravois.

Il entre à la maison de santé le 2. 7. 1910.

Examen. — Homme grand, pâle, de force moyenne, en bon état, à l'examen bimanuel combiné au toucher rectal prostate non augmentée de volume de consistance molle et égale. — Cathétérisme possible avec une sonde n° 19, mais douloureux à la portion prostatique.

Résidu : 650 cc., trouble, avec faible réaction acide. Densité 1012. Albumine 6 %. Pas de sang. Dans le sédiment assez nombreux leucocytes et cylindres granuleux.

Traitement. Le catarrhe vésical s'améliore beaucoup après 3 semaines de lavages vésicaux réguliers et de sonde à demeure temporaire. Le résidu est en moyenne le matin de 500 cc. à 600 cc. et le soir de 200 cc.

On fait une cystoscopie : cellules vésicales, granulations tomenteuses au sommet de la vessie. La muqueuse présente des saillies noueuses (inflammation chronique). Dans le fond et à gauche un diverticule vésical là où auparavant des incrustations avaient été observées. Toute la moitié inférieure du rebord du col soulevée par des saillies qui tout d'abord en imposaient pour une hypertrophie des lobes latéraux. Au milieu le lobe moyen est visible sous forme d'une tumeur conique.

Le 9. 8, opération de Freyer sous éther.

La vessie est si distendue qu'elle se tend à peine par injection de 600 cc. La prostate forme une saillie en éperon au niveau du lobe moyen qui a environ le volume d'une noisette et qui se laisse assez facilement enlever. Dans la vessie elle-même débouche un gros diverticule complètement accessible. Pendant la toux et les vomissements provoqués par la narcose surgissent soudain de la profondeur une quantité de petites concrétions.

Suites et résultats opératoires.

Le 16. 8, on remplace le drainage par la sonde à demeure. Le 22. 8, le bandage reste sec pour la première fois, à partir du 23. 8 la sonde à demeure n'est laissée que la nuit. Le 30. 8 il ne reste que 250 de résidu d'urine trouble de cystite. Le 9. 9 le malade sort pour prendre sa convalescence.

Le résultat final de l'opération se résume donc en une diminution très notable du résidu et une diminution du nombre des cathéterismes nécessaires. Ce résultat incomplet s'explique par la longue durée de l'infection et de la dilatation antérieure.

Au point de vue étiologique il faut faire intervenir dans ce cas les nombreuses blennorragies survenues longtemps auparavant et la prostatite douloureuse apparue depuis 10 ans.

Examen anatomique et histologique. — La prostate énucléée a une petitesse remarquable. Elle a la forme d'un bourrelet allongé et ressemble à la première phalange du pouce. Dans son milieu et à sa base des brides capsulaires la marquent horizontalement. Impossible de reconnaître des lobes isolés ; il n'existait qu'un lobe moyen.

La prostate fut incluse en entier et coupée perpendiculairement à la direction de l'urètre. Le stroma conjonctif était hypertrophié et partout parsemé de petites cellules inflammatoires, tout comme la capsule. La musculature (color. au van Giéson) était atrophiée et n'entourait plus de ses anneaux les lobules glandulaires, mais se montrait interrompue en maint endroit. Dilatation kystique des lumières glandulaires, l'épithélium se colore mal, il est très dégénéré. La partie visible de la muqueuse de la portion prostatique de l'urètre et des conduits excréteurs était ramolli, proliférée et infiltrée par inflammation. Par places existaient des cicatrices circonscrites de tissu conjonctif contenant de nombreuses cellules et disposées en amas arrondis du dessous de la muqueuse.

Donc prostatite avec atrophie et urétrite chronique.

OBSERVATION XIV (CÆSAR)

Obs. III. — L., 68 ans, vieux contremaître
Premier examen le 1, 5, 10.

Anamnestiques. — L'affection urinaire remonte à 15 ans
Le 22, 4 se produit une rétention complète aiguë avec forte dilatation vésicale. Le 29 4 après des cathétérismes faits chez lui une forte cystite se déclare, les urines sont sanglantes, la rétention d'urine reste complète. Le malade a eu il y a quelques années une attaque d'apoplexie et a conservé du tremblement des mains.

Etat actuel. — Gros homme fort, réflexes patellaire et pupillaire normaux. Œdème des jambes fréquent. La prostate, par le toucher rectal, paraît régulièrement augmentée de volume des deux côtés. La vessie remonte jusqu'à l'ombilic et contient 1000 cc. de résidu. Urines, faiblement alcalines, de densité, 1025, contenant des polynucléaires 12 00/00, du sang, pas de sucre. Pas de cylindres dans le sédiment.

Le 20 juin le patient revient à la maison de santé pour se faire opérer après avoir été régulièrement sondé dans l'intervalle.

Cystoscopie : cystite de moyenne intensité. Sur la moitié inférieure du bord du col font saillie plusieurs bourrelets qui simulent une hypertrophie prostatique à bosselures, (à l'opération on reconnut que ces pseudo-saillies prostatiques se composaient en réalité de bourrelets muqueux de la vessie).

Urines : claires, acides, densité : 1015, albumine 1 $\frac{1}{2}$ 00/00. Dans le sédiment beaucoup de leucocytes, de rares hématies, pas de sucre. La température est normale. Résidu : 500 à 600 cc. Quantité d'urine dans les 24 heures : 2000 cc.

Le 26. 6. opération de Freyer à l'anesthésie rachidienne. La prostate est tout particulièrement atrophiée. Du côté gauche on sent un bourrelet transversal, gros comme le petit doigt

dont l'ablation complète n'est pas possible, car le plan de clivage dans lequel on poursuivait le décollement n'existait plus. L'opération ne put être achevée.

Le patient sort le 23. 7. Il doit se sonder encore matin et soir, il se sent sensiblement mieux (15. 2. 1913.)

Ce cas reste étiologiquement très obscur. Aucune blennorragie ni autre infection antérieurement connue. Pourtant a dû exister une inflammation méconnue qui a été cause des adhérences périprostatiques en transformant les tissus en tissus cicatriciels stratifiés (périprostatite indurée).

OBSERVATION XV (CÆSAR)

Obs. IV. — A l'autopsie d'un prostatique nous avons trouvé le premier degré de l'atrophie prostatique pure, telle que l'ont décrite Frisch et Zuckerkandl.

De la prostate on ne voit plus rien. Sur le col de la vessie existe un pli muqueux en forme de barre. La portion prostatique de l'urètre est élargie en entonnoir du côté de la vessie. La vessie est très dilatée et sa paroi est atrophiée et mince.

La figure, montre une coupe de cette barre. La substance glandulaire a complètement disparu. A la partie supérieure de la figure on voit des amas de lymphocytes autour des vaisseaux, fait qui atteste l'origine inflammatoire de cette atrophie. Ailleurs on ne voit plus que des faisceaux musculaires et du stroma conjonctif.

OBSERVATION XVI (STEINER)

Dans nos 5 cas il y avait dans les antécédents des blennorragies. La rétention était complète. Les malades étaient condamnés au cathéterisme, deux vivaient avec une sonde à demeure. Leur âge allait de 47 à 58 ans et toutes les tentatives étaient restées sans succès. Aussi me résolus-je à la prostatectomie

de Freyer, qui fut plus difficile en raison de l'induration des tissus periprostatiques. Les prostates enlevées pesaient de 3 à 5 gr., ces malades qui étaient jusqu'alors condamnés au cathétérisme et même à la sonde à demeure, se mirent à uriner spontanément et purent reprendre leur profession (professeur, artisan). 9 à 12 mois après fut fait un examen de contrôle. Il n'existait aucun résidu d'urine, le succès était subjectivement et objectivement complet.

OBSERVATION XVII (DATYNER)

J. D. Marchand, 54 ans, Blennorrhagie il y a 30 ans. Depuis 15 ans le malade souffre de la vessie, il se souvient seulement qu'à ce moment il urinait souvent la nuit. Il y a 4 ans, soi-disant après un refroidissement, sécrétion purulente par l'urètre avec urine trouble et augmentation du nombre des mictions : on diagnostique une cystite. Un traitement améliora la cystite, mais la dysurie reparut bientôt plus accusée. Ces dernières années le patient dut être cathétérisé chaque jour. Il apprend peu à peu à se cathétériser, et le fait depuis un an deux fois par jour. Il a toujours la sensation de plénitude vésicale et pousse pour uriner, mais il ne sort que quelques gouttes d'urine. Dans ces derniers mois le résidu d'urine oscillait au dire du patient entre 500 gr. et 1 litre. Pas d'incontinence. La miction se répète six fois le jour et la nuit seulement s'il ne s'est pas cathétérisé avant de se coucher.

Jamais d'hématurie, pas de perte de poids. Le malade vient consulter le 4-4-1913 pour qu'on le soulage de ses troubles vésicaux.

Etat actuel. — Malade pâle, osseux, muscles et panicule adipeux peu développés. Rien de spécial à noter du côté du système nerveux, de l'appareil digestif, des organes respiratoires ou circulatoires.

Urine vésicale très trouble, ne contenant ni albumine, ni sucre, mais beaucoup de pus et quelques hématies.

Urètre non rétréci. On retire 600 gr. d'urine résiduelle après la miction.

Au toucher rectal la prostate paraît particulièrement petite et dure.

5-4. Cystocopie : cystite, cellules, colonnes vésicales. Une petite saillie au niveau de la prostate (lobe moyen ?), aucune trace d'hypertrophie de la prostate. Pour le soulager de sa dysurie on met une sonde à demeure. La vessie est lavée une fois par jour à la solution de nitrate d'argent au millième et 2 fois à la solution boricuée.

6-4. Le malade supporte bien la sonde.

7-4. Douleurs provoquées par la sonde, douleurs vésicales.

8-4. La sonde est retirée de bonne heure. Mais l'après-midi Piqûres de Pantopon.

dysurie violente avec sensation de plénitude vésicale. Cathétérisme le soir.

9-4. Mêmes douleurs vésicales. Examen des fonctions rénales : après piqûre de phloridzine le sucre apparaît 20 minutes après dans l'urine. Cathéterisme deux fois par jour, douloureux en raison d'un fort spasme de l'urètre.

10-4. Les douleurs vésicales persistent. Le patient est las de se faire cathétériser, le résidu d'urine augmente (un litre). Finalement il se décide à une opération.

11-4. Injection de pantoton-atropiné. 3/4 d'heure après, opération à l'anesthésie chloroforme-éther (Roth-Dräger). Incision haute. Prostate très petite, à capsule épaissie et fibreuse, fusionnée avec le pourtour. On isole et enlève avec peine les 2 lobes prostatiques gros comme des haricots. On ne retrouve aucune trace du lobe moyen qui à la cystoscopie semblait faire saillie, tamponnement de la cavité prostatique à la gaze iodoformée. Drain vésical quelques points de suture vésicaux tamponnement de la cavité de Retzius. Suture des muscles. Agrafes de Michel sur la peau.

12-4. L'opération a été bien supportée. Le drain vésical fonctionne bien. Pas d'hémorragie.

14-4 Bon état général. Lavement et huile de ricin, selle. Le drain fonctionne bien.

15-4. On change le pansement pour la première fois. Le drain est retiré. Sonde à demeure. L'après-midi pouls irrégulier et fréquent. Caféine.

16-4. La sonde se bouche. Aussi fait-on deux lavages boriqués chaque jour. Pouls fréquent. Caféine.

17-4. Pansement. Pouls fréquent. Caféine.

19-4. Temp. 38°. Pouls irrégulier. Pansement. Caféine. La sonde fonctionne bien.

20-6. Temp. oscille entre 36,8 et 38°. Aspirine. Pouls meilleur.

21-4. Même état. Pansement.

23-4. Temp. 37,4. Bon état général. Pansement.

25-4. Pansement. La plaie a bon aspect. Bon état général. L'urine donnée par la sonde est sanglante.

27-4. Même état.

29-4. Pansement. Ablation de la sonde. Le patient urine spontanément 200 gr. d'urine au cours de la journée.

1-5. Pansement. Le patient urine lui-même plusieurs fois par jour, il se lève. Lavages au nitrate d'argent. La plaie vésicale est fermée en haut. Urines troubles.

2-5. Même état.

3-5. Le patient a quelques douleurs vésicales, il urine deux fois le jour. Résidu 60 gr. Pansement. Douleurs dans la jambe droite dans le domaine du nerf obturateur, surtout à la pression et pendant la marche. Lavage de vessie au nitrate d'argent.

5-5. Mêmes douleurs dans la jambe. Massage. Bains électriques. Plaie en bon état. Les fonctions vésicales ne sont pas troublées. Urines troubles.

7-5. La douleur disparaît. Pansement. Urines troubles. Lavages de vessie. Résidu 40 gr.

9-5. Un peu de douleurs dans la jambe.

La plaie est presque fermée. Le patient a fait une promenade. Fonction vésicale bonne. Le patient se sent bien, il urine spontanément. Lavage au nitrate.

10-5. Même état.

11-5. Pansement. Fonction vésicale normale. Il urine la

nuît 1 ou 2 fois. Résidu 30 gr. Urine légèrement trouble. Douleur de la jambe tout à fait minime. Le patient doit sortir aujourd'hui. Après une promenade plus longue le patient revient à la clinique avec des frissons, de la fièvre (40,4) et des douleurs dans les reins. Aspirine.

12-5. Temp. oscille entre 36,8 et 38°. Aucune douleur vésicale, mais douleur lombaire. Urine trouble.

13-5 T. 37-5. Même état. Lavage au nitrate.

15-5 T. 36,8. Violente douleur dans la jambe droite et la jambe gauche dans la région des adducteurs, telle que le patient ne peut remuer dans son lit. Cataplasmes. Liniments. Rien du côté de la vessie. Urine légèrement trouble.

17-5. Même état. Les douleurs des jambes persistent. Lavages vésicaux au nitrate. Plaie vésicale presque fermée. Pansement.

20-5. Mêmes douleurs dans les jambes : surtout à droite, si bien que le patient ne peut se lever. Réflexes affaiblis des deux côtés surtout à droite. Massage, bains électriques.

23-5. Même état. Le patient peut à peine marcher. Ponction vésicale normale. Urine trouble. Lavage au nitrate.

23-5. Plaie très réduite, superficielle. Pansement encore nécessaire. Urines troubles. Miction : 4, 5 fois le jour, 1 fois la nuit. Résidu 10 gr. Lavage de vessie. Mêmes douleurs au niveau des jambes.

27-5. Le patient sort avec une feuille de prescriptions. Il se rend dans un sanatorium pour maladies nerveuses pour y chercher la guérison de ses douleurs nerveuses des deux jambes.

Il revient au début de septembre 1913. Après 2 mois de séjour au sanatorium et une cure à Wiesbaden, ses douleurs de jambe ont peu à peu disparu. Il a encore un sentiment de faiblesse dans les jambes, mais il peut se mouvoir et se promener. Les 2 jambes ont le même volume, les réflexes sont normaux.

La fonction vésicale est normale. Miction : une fois la nuit, 3-4 fois le jour. Le patient a fait aussi une cure à Wildungen : la vessie fut lavée chaque jour, car l'urine était restée en apparence un peu trouble. L'urine est d'ailleurs encore légèrement trouble, contient des leucocytes en petit nombre. Résidu 10 gr.

(2) **Observations de « contracture du col »**

OBSERVATION XVIII (FULLER) *d'après Englisch*

Obs. I. — Homme de 42 ans, qui souffrait depuis longtemps de troubles urinaires avec dysurie et de rétentions d'urines répétées. Il a eu une blennorragie et la syphilis. Les troubles urinaires allèrent toujours en augmentant. Les dilatations par des sondes furent sans résultat et augmentèrent plutôt les troubles antérieurs.

Examen. Les reins et la prostate ne sont pas augmentés de volume, aucun rétrécissement de l'urètre mais une vive sensibilité de ce dernier.

Une urétrotomie périnéale externe montra au col de la vessie un épaissement circulaire. Section de celui-ci, drainagé par la plaie.

Guérison complète qui persistait un an après.

OBSERVATION XIX (FULLER)

Obs. II. — Homme de 37 ans, qui eut une blennorragie il y à 2 ans et fait de la rétention d'urine depuis un an. Prostate normale avec vésiculite chronique. Le malade fut traité pour rétrécissement spasmodique par des injections et par électrolyse, bien que, aucune stricture n'existât et on lui fit une fausse route.

L'urine avait l'aspect d'urine de pyélite. Urétrotomie périnéale externe et section du bourrelet cervical avec entier succès.

OBSERVATION XX (FULLER)

Obs. III. — Homme de 45 ans souffrant également d'hydro-néphrose.

Après l'opération de celle-ci les symptômes urinaires per-

sistent ainsi que la rétention. Aucune hypertrophie de la prostate, aucun rétrécissement de l'urètre, plus traces de vésiculité. Après section du bourrelet guérison du râble comme dans les autres cas.

OBSERVATION XXI (MORAN)

Le 2 novembre 1903 M. B... âgé de 65 ans vient nous consulter pour des troubles de la miction remontant au mois d'octobre 1902. Avant cette époque M. B... se portait à merveille. Il avait eu une urétrite vers l'âge de 20 ans et depuis lors aucune affection des organes génito-urinaires. En octobre 1902 il commença à ressentir des envies fréquentes d'uriner aussi bien la nuit que le jour et cet état dure jusqu'au mois d'août 1903, époque à laquelle ses urines deviennent troubles malgré l'usage longtemps continué de capsules de santal. Trois semaines avant de venir nous consulter, les envies d'uriner devenant de plus en plus fréquentes et la miction de plus en plus pénible, le malade commence à se sonder matin et soir avec une sonde n° 17. Malgré ou peut-être à cause de ces sondages faits sans précautions aseptiques suffisantes les urines se troublent de plus en plus et les mictions prennent un caractère impérieux.

C'est alors que le malade se décide à venir nous voir.

Les urines mises devant nous sont troubles et sortent en bavant sans le moindre jet.

Un explorateur n° 20 parcourt facilement l'urètre en accusant seulement un léger ressaut au voisinage du sphincter. Au toucher rectal on trouve une prostate un peu grosse, et dure dans ses lobes latéraux, mais ne faisant nullement saillie dans le rectum. Le malade est porteur d'hémorroïdes volumineuses et l'épaisseur du périnée de cet homme qui est très puissant gêne l'exploration méthodique et minutieuse de la prostate, empêchant particulièrement d'atteindre facilement la partie supérieure de l'organe.

On passe assez aisément une sonde béquille n° 17, qui ramène environ 200 gr. d'urines troubles, surtout les dernières gouttes qui sont épaisses et granuleuses.

Nous posons le diagnostic d'hypertrophie de la prostate (portant très probablement sur le lobe médian) arrivée à la période de rétention avec infection du bas-fond vésical.

Nous conseillons des sondages réguliers aseptiques, avec lavages au nitrate d'argent et à l'eau boriquée, l'usage de suppositoires belladonés mercuriels, l'emploi de cachets d'urotropine, l'hygiène et le régime de circonstance.

Une intervention chirurgicale proposée à ce moment n'est pas acceptée.

A partir de ce moment le malade urine de moins en moins spontanément, à peine quelques gouttes d'urine sont-elles émises par les voies naturelles et les sondages sont portés à 4 ou 5 dans les 24 heures. La miction est douloureuse et le malade n'est calmé que par l'évacuation à l'aide de la sonde.

A diverses reprises nous voyons le malade dont l'état va toujours s'aggravant, les mictions spontanées finissent par faire complètement défaut vers le mois de février 1904. A ce moment nous parlons de nouveau à notre client d'intervention chirurgicale et nous lui proposons de tenter tout d'abord la section galvano-caustique de la prostate par la méthode de Bottini-Freudenberg.

Le 12 avril suivant le malade voyant son état rester stationnaire, nous revient décidé à l'intervention proposée.

A cette époque les urines sont toujours troubles, les mictions spontanées sont toujours impossibles. C'est ainsi que le malade, dont la vessie renferme cependant 300 gr. d'urines, ne peut en émettre une seule goutte devant nous malgré tous ses efforts. Au toucher rectal la prostate paraît moins dure que précédemment, ses lobes latéraux ne nous semblent pas nettement hypertrophiés, mais quand la vessie est pleine, on sent que le bas-fond fait une saillie très marquée dans le rectum.

Le 13 avril nous pratiquons une cystoscopie avec l'appareil

de Nitze. L'introduction de l'instrument est facile. La paroi vésicale est saine au voisinage du col dans la moitié antérieure de la vessie, tandis qu'en arrière on aperçoit à l'orifice du col une saillie qui paraît assez volumineuse et qui est un peu rouge. Le bas-fond vésical paraît très accentué, les orifices urétéraux très éloignés du col ne présentent pas de traces d'inflammation.

Le lendemain, après chloroformisation nous essayons avec l'appareil de Freudenberg d'inciser la prostate suivant les règles qu'il a si bien posées dans les annales des maladies des org. gén. urin. L'instrument est introduit très facilement, mais en reperant son extrémité intra-vésicale par le toucher rectal et en abaissant le col vésical à l'aide du bec de l'appareil, nous constatons que notre doigt ne paraît pas séparer de l'inciseur par une grande épaisseur de tissu prostatique sur la ligne médiane tandis que sur les côtés la masse prostatique est nettement augmentée de volume mais sans saillie considérable. En présence de ces constatations nous n'osons pas faire de sections trop longues dans la prostate et nous nous contentons de faire sur la ligne médiane une incision de deux centimètres et demi. Le lavage ramène très peu de sang.

Le soir et les jours suivants, nous pratiquons une série d'évacuations et de lavages, le malade ne pouvant arriver à émettre seul que quelques gouttes d'urines, un peu de fièvre (38°4) le lendemain de l'intervention puis tout rentre dans l'ordre.

Quinze jours après cette première opération le malade est dans le même état qu'avant. On pratique à ce moment une nouvelle cystoscopie et on aperçoit autour du col un bourrelet très marqué et rouge. Dans le bas-fond vésical toujours très accentué, on voit, une tache violacée ; l'orifice urétéral droit est sain, le gauche est un peu rouge. Le toucher rectal fait en appliquant le doigt sur l'extrémité du cystoscope permet de constater qu'on n'en est séparé au voisinage du col que par une épaisseur à peu près normale de tissu prostatique.

La paroi vésicale semble en revanche très épaisse.

Devant l'échec absolu de notre première intervention et n'osant pas, en raison de l'absence de saillies prostatiques nettement appréciables pratiquer de nouvelles incisions plus longues avec l'instrument de Frendenberg nous nous décidons à faire une cystotomie par voie hypogastrique pour nous rendre compte exactement de la cause qui gêne l'évacuation de la vessie.

Le 4 mai nous ouvrons la vessie par la taille longitudinale, ce premier temps quoique un peu gêné par l'épaisseur du tissu adipeux de notre malade est cependant mené assez rapidement à bonne fin. La vessie ouverte par une large incision allant du cul-de-sac péritonéal jusqu'à deux centimètres environ du col, est évacuée du liquide qui nous a servi à la distendre ; nous apercevons alors très facilement l'orifice intravésical de l'urètre dont l'ouverture regarde directement en haut et en avant. Le col vésical est complètement déformé, son orifice est très étroit mais nous constatons par le toucher intravésical qu'il n'y a pas de lobe médian saillant dans la vessie. De la partie inférieure du col, la paroi vésicale descend verticalement à une profondeur d'environ 3 centimètres formant ainsi au dessous du col une loge profonde dont l'exploration ne révèle rien d'anormal à part sa déformation et son extrême distension. En voulant alors introduire le doigt dans le col nous sentons nettement une bride fibreuse excessivement résistante, ayant surélevé la partie inférieure de la muqueuse vésicale autour du col et formant ainsi le pseudo-bourrelet que nous avons pris au cystoscope pour une saillie intravésicale de la prostate.

La rigidité du col est telle que le doigt ne peut arriver à la vaincre. A l'aide du thermocautère nous pratiquons une sorte de débridement du col. Une première incision est faite sur la partie médiane et inférieure de l'orifice urétral et deux autres sur les parties latérales jusqu'à ce que le col soit nettement dilaté et permette l'introduction du doigt dans l'urètre. On introduit ensuite dans le canal une sonde de Pezzer n° 22, puis la vessie une fois nettoyée est fermée par

deux plans de suture : le premier musculaire profond au catgut fin, le deuxième musculaire superficiel et cellulaire à la soie. Suture de la plaie abdominale par des crins en 8 de chiffre. On place un drain dans la fosse prévésicale et on suture la peau par un surjet au crin de Florence.

Suites opératoires excellentes : pas de fièvre. Les urines sanguinolentes s'éclaircissent peu à peu et, à part un peu de suppuration au voisinage du drain, tout se passe bien. La plaie abdominale s'est réunie par première intention et au bout de 8 jours les fils sont enlevés. Le Pezzer a été remplacé après 6 jours par une sonde béquille qui est supprimée 3 jours après. Le malade est d'abord sondé régulièrement, puis le 10, c'est-à-dire 12 jours après l'intervention, le malade urine seul avec facilité dans le décubitus dorsal. Il reste environ 50 gr. dans la vessie qu'on évacue avec la sonde.

A partir de ce moment notre opéré urine seul et vide sa vessie très aisément. Les urines étant devenues plus claires, les sondages sont espacés, le résidu diminue rapidement pour varier de 10 à 30 gr. suivant le moment de l'évacuation.

Le malade reste en temps normal quatre heures sans uriner : il peut par moments rester de sept à huit heures sans éprouver le besoin. La miction se fait facilement avec un jet puissant. En somme le malade bien que conservant encore un léger résidu qui demande à être surveillé, a vu sa vessie reprendre le fonctionnement qu'elle avait perdu depuis si longtemps.

OBSERVATION XXII (LOUMEAU)

Il s'agissait d'un vieillard d'une faiblesse extrême, rendant à tout instant, comme par regorgement, des urines limpides. Les reins étaient silencieux. Le toucher rectal montrait une volumineuse tumeur, dure et bosselée, rendant naturel et facile le diagnostic d'épithélioma de la prostate, d'autant plus que l'urètre, absolument imperméable dans sa partie

profonde semblait obturé par le néoplasme. La taille sus-pubienne révéla une abondante rétention d'urine avec diverticules vésicaux expliquant les bosselures, révélées par le toucher rectal, mais pas la moindre hypertrophie prostatique. L'oblitération du canal était due à un simple spasme et disparut avec la cystostomie. Le malade succomba rapidement à l'urémie, et ses deux reins, petits et noyés au milieu d'une atmosphère graisseuse, épaisse et adhérente étaient transformés en autant d'abcès qu'il y avait de pyramides de Malpighi, abcès d'ailleurs bien circonscrits et sans communication avec le bassin, ce qui expliquait à la fois l'intoxication profonde du malade, la limpidité des urines et l'absence de tous symptômes rénaux.

OBSERVATION XXIII (CHOLZOFF)

N... 32, ans, paysan, bien bâti et de forte constitution. Il y a quinze ans environ, urétrite blennorragique. La gêne urinaire doit avoir commencé depuis 15 ou 16 ans, avant l'urétrite. Actuellement l'évacuation de la vessie est considérablement gênée ; le patient fait pour uriner différents mouvements du corps et est obligé de pousser fortement. Au début de la miction il s'écoule un temps assez long avant que l'urine n'apparaisse, ensuite elle s'écoule par gouttes ou en un jet mince si le malade pousse fortement, le jet s'arrête 5 ou 6 fois au cours d'une miction. Fortes douleurs au moment de la miction, irradiant au testicule droit, aux aines et vers la vessie. Les envies sont plus fréquentes le jour que la nuit, dans la station debout que couché ; quand il marche il urine toutes les demi-heures ou toutes les heures, quand il est couché toutes les 2 ou 3 heures. Il se relève la nuit toutes les 2 ou 3 heures pour uriner. On peut encore trouver après miction une quantité importante d'urine dans la vessie par le cathétérisme : des recherches répétées ont montré que le résidu variait de 500 à 800 cl. L'urine est tout à fait claire, contient quelques filaments, rien d'anormal à part cela. L'urètre

est facilement perméable, même aux sondes de gros calibre, et on ne découvre dans toute son étendue aucun rétrécissement. Prostate et organes génitaux normaux, de même les reins. L'examen de la vessie avec une sonde de faible courbure ne montre également rien d'anormal, mais l'examen cystoscopique montre différentes altérations importantes : colonnes très développées, triangle de Lieutand proéminent et épaissi, son bord postérieur est saillant et fortement épaissi ; (ligament interurétrique), en arrière de ce bord postérieur, quelques plis parallèles. La prostate est faiblement et régulièrement hypertrophiée, orifices urétéraux normaux.

Malgré la sonde à demeure (laissée une quinzaine de jours avec interruption) l'évacuation urinaire ne fut pas améliorée. Le patient venu de Kurzwecken à Pétersbourg suppliait secours et était décidé à toute opération capable de le soulager.

Le 22 mars 1907 opération à l'anesthésie lombaire tropocaine, comme la rétention pouvait dépendre d'une prostatite chronique, je résolus d'intervenir par le périnée et si je ne trouvais rien après ouverture de l'urètre à faire une prostatectomie partielle. Incision curviligne prérectale. Isolement du bulbe, de la portion membraneuse et de la prostate. Ouverture de la portion membraneuse de l'urètre. Le doigt introduit par la plaie sentait une sténose circulaire dans la région du col de la vessie, telle que la pointe de l'index pénétrait à peine. Par des mouvements de pénétration assez violents on finit par introduire la totalité du doigt. Puis la portion rétrécie est ensuite dilatée jusqu'à ce qu'elle admette deux doigts, enfin elle fut dilatée jusqu'à ce que le sphincter interne se déchire. Introduction d'une sonde dans la vessie par la plaie. Tamponnement.

Il me sembla cependant que le succès de l'opération n'était pas assuré, car la rupture du sphincter pouvait guérir et reproduire l'obstacle. On n'avait peut-être fait que dilater le sphincter, ou l'éclater superficiellement sans le rompre complètement. Je pensais donc qu'il fallait faire dans le sphincter une section traversant toute sa masse. Celle-ci pouvait

être faite de deux façons : soit par section au bistouri, soit au thermo ou galvano cautère. Le premier moyen est un peu hasardeux en raison de l'hémorragie et aussi de ce fait qu'avec une incision si effilée les bords de la plaie peuvent se ressoudér et reformer l'obstacle. Au contraire avec le thermo la perte de substance est beaucoup plus importante, laisse une large fente qui se recouvre ensuite de l'épithélium vésical et urétral. Pas de danger de réunion ultérieure, comme le démontrent les résultats de l'opération de Bottini.

Onze jours plus tard, bien que l'orifice vésical parut large au doigt introduit par la plaie perméable, on fait l'incision au moyen de l'instrument de Bottini ; il est introduit par la plaie périnéale et on fait une incision de 1 cm. sur la paroi postérieure de l'urètre.

Un peu de fièvre les jours suivants, mais la plaie guérit parfaitement. Le 4 avril une sonde à demeure fut placée par le méat. Le 21 avril la plaie périnéale est presque complètement fermée et ne communique plus avec l'urètre. Ce jour-là la sonde à demeure fut enlevée et le patient commença à uriner seul ; une semaine plus tard la plaie périnéale est complètement fermée (28 avril). Examen cystoscopique le 14 mai, c'est-à-dire 6 semaines après l'opération au Bottini. Les plis transversaux se sont notablement aplatis à gauche, ils sont restés les mêmes au centre et à droite. A la partie postérieure du col existe une large fente. Orifices urétéraux nettement visibles.

Résultat fonctionnel excellent. La vessie se vide complètement, librement en un bon jet d'urine. La miction n'est pas plus fréquente que normalement. *Il reste encore 50 cc. de résidu.* Le malade quitte la maison de santé le 16 mai et s'en va à la campagne.

OBSERVATION XXIV (CHOLZOFF)

A. B..., 29 ans, homme de peine, entre le 11 février 1908 à la maison de santé. Ni blennorragie, ni syphilis, il n'aurait

pas encore coïté. Masturbation journalière de 25 à 27 ans. Pas d'érections depuis 3 ans. Les manifestations urinaires sont apparues depuis 3 ans, d'abord incontinence nocturne, un an après débute la pollakiurie (10 fois par jour). Depuis un an le patient ne peut plus uriner seul et se sonde lui-même 3 à 4 fois par jour.

Constitution moyenne, peau pâle et appétit mauvais. Pas de fièvre. Poumons et cœur normaux. Rate, foie, reins de même. Pas d'obstacles urétral. Au toucher rectal la prostate est un peu grosse et donne un suc abondant. Cystoscopie : peu d'hypertrophie prostatique, bulbe d'œdème au col vésical, trigone de Lieutaud saillant et épaissi, colonnes accusées, orifices des uretères facilement visibles. Sur la paroi vésicale postérieure une petite ulcération superficielle.

Résultats suivants à l'examen répété de l'appareil urinaire : urines très troubles, acides, contenant 1 00/00 d'albumine, dans le sédiment des leucocytes et des cellules plates. Pas de bacilles tuberculeux. Quantité d'urine dans les 24 heures : 1900 à 3600 cc.

L'examen du système nerveux fait par A. GIESE, ne montra rien de spécial de ce côté, pouvant expliquer la rétention d'urine. En raison d'altération profonde du rein montré par l'examen urinaire je le traitai en lui mettant une sonde à demeure pendant un mois et demi. Celle-ci ne donna aucune amélioration, la fièvre apparut ce qui me détermina à l'opération.

Opération le 23 février 1908 chloroforme, incision pérectale, libération de l'urètre membraneux, incision de celui-ci. L'index sent une sténosé circulaire au col de la vessie, qui laisse pénétrer à peine l'extrémité du doigt. Incision de la paroi postérieure du col au Bottini sur 2 cm.

Le même jour apparaissent une élévation de température, de la tendance au sommeil, des secousses dans les mains, des troubles oculaires. Pouls 120. Ces symptômes augmentent et le malade meurt le 25 février 1908.

A l'autopsie : cœur dilaté et hypertrophié, dégénères-

cence du myocard, adhérences pleurales. Emphysème et œdème pulmonaire. Pneumonie catarrhale. Grosse rate. Foie injecté de graisse. Néphrite chronique parenchymateux et interstitielle. Hydronéphrose des 2 reins, dilatation des deux uretères. Hypertrophie excentrique de la vessie. Stricture du col.

Les altérations rénales avaient engendré l'urémie, cause de la mort.

OBSERVATION XXV (CHOLZOFF)

S. J..., 39 ans, manœuvre, entre le 27 mai 1908. Ni syphilis, ni blennorrhagie. Depuis 15 ans il ne pouvait uriner en la présence d'une autre personne, seul il urinait bien, mais l'urine s'écoulait lentement. Depuis 3 ans existent des manifestations graves : dysurie, la miction dure longtemps et se fait mieux assis. Depuis 13 mois la vessie ne peut plus se vider seule et le malade se sonde 3 fois par jour. Le besoin d'uriner a disparu complètement depuis 1 an $\frac{1}{2}$ et si l'on remplit la vessie on produit une sensation douloureuse de distension, mais pas le besoin d'uriner.

Constitution moyenne. Organes internes normaux. Les reins ne sont ni palpables, ni douloureux. La plus grosse bougie traverse facilement l'urètre. Au toucher rectal la prostate n'est pas hypertrophiée, mais un peu plus dure que normalement. Cystoscopie : prostate non augmentée, trigone de Lieutaud très proéminent, avec un bord postérieur épaissi gros comme le petit doigt en arrière de lui des plis parallèles du volume d'un crayon. Orifices urétéraux normaux. Muqueuse rouge partout. Urines acides, un peu troubles dont la quantité varie de 1.480 à 3.100 cc. traces d'albumine.

Aucune altération du système nerveux. Opération à l'anesthésie lombaire le 12 juin 1908. Incision prérectale, libération de l'urètre ; puis ouverture. Stricture annulaire lisse au col de la vesie ne laissant pas pénétrer le doigt. Incision de 1 cm. $\frac{1}{4}$ de l'anneau au Bottini. Sonde de Nélaton à demeure au périnée. Suture partielle de la plaie.

Elévation de température dans les jours suivants, ablation de la sonde après 1 semaine $\frac{1}{2}$. Le malade urine en partie par le périnée en partie par les voies naturelles. 3 semaines après toute l'urine sort par le méat. Le 29 juin 1908 la plaie est cicatrisée. Miction 4 à 6 fois par jour, sans résidu. Il sort.

3 mois après le malade revient à la clinique pour une fistule périnéale : celle-ci guérit après deux cautérisations au nitrate. Les fonctions vésicales étaient normales.

OBSERVATION XXVI (CHOLZOFF)

Obs. IV. — L. P. 40 ans, ouvrier entre le 7-7-1908 à la maison de santé. Ni syphilis, ni blennorragie. Ni troubles urinaires apparurent sans raison il y a cinq ans avec des envies fréquentes d'uriner : un an après rétention complète avec douleur du rein gauche. Il vient 4 fois à la maison de santé au cours de ces 5 dernières années et fut traité par cathétérisme et sonde à demeure. Il revient pour la 5^e fois à cause de sa rétention d'urine.

Constitution moyenne. Peau pâle. La région du rein gauche est très douloureuse, le rein n'est pas palpable. Les organes internes sont normaux.

Pollakiurie : 6, 7 fois le jour, 3, 4 fois la nuit. La miction est très difficile surtout dans la station debout, dans laquelle le patient urine goutte à goutte. Il urine moins difficilement assis.

Résidu : 250 à 350 cc. Urètre perméable aux instruments. Au toucher la prostate n'est pas augmentée de volume. Urines très troubles. Alcalines. Q. totale en 24 heures 1600 à 1800 cc. Albumine. Pas de sucre après injection de phloridzine. Cystoscopie : prostate un peu grosse, trigone saillant, à bord postérieur épaissi, orifices urétraux dilatés, colonnes très développées, forte ypérémie muqueuse surtout du trigone.

Aucune altération du système nerveux.

Lavages vésicaux pendant une mois qui améliorent l'état des urines.

Opération à l'anesthésie lombaire le 18-9-1908. Incision pérectale, libération et ouverture de l'urètre membraneux. Le doigt introduit par la plaie sent une stricture du col vésical ; la pointe du doigt seule peut y pénétrer. Section de 2 cm 1/2 sur la partie postérieure du col avec l'inciseur de Bottini. Sonde à demeure par le périnée.

Pas d'indidents post-opératoires. Après un mois on retire la sonde à demeure une semaine après persite encore une petite fistule périnéale qui bientôt se ferme.

Le résultat opératoire fut nul : il y a comme avant de la dysurie, de la pollakinurie et un résidu plus important.

Comme la pyélite gauche ne s'améliorait pas on fit deux lavages du bassin à la solution forte de nitrate d'argent, mais ce traitement dut être abandonné en raison des douleurs qu'il provoquait. Pensant que la rétention dépendait peut-être d'un affaiblissement du muscle vésical je laissai une sonde à demeure pendant longtemps, mais sans aucun succès. Enfin je me résolus à aller sectionner de nouveau le col pensant que la première incision n'avait pas été assez profonde et n'avait pas intéressé tout le sphincter.

Deuxième *opération* à l'anesthésie lombaire le 12-3-1909, conduite comme la première. Section de 2 cm/2. Sonde périnéale à demeure. Suites opératoires normales. Pour laisser au repos le muscle vésical épuisé la sonde à demeure est laissée deux mois.

Après ablation de cette sonde et guérison apparut l'*incontinence d'urine*. Les injections de strychnine et l'électrisation restèrent sans résultat. 12 mois se sont écoulés depuis la seconde intervention et il est à craindre que cette incontinence soit définitive.

Nous ne citons pas les 36 observations de CHATWOOD qui sont absolument semblables à celles de CHOLZOFF.

OBSERVATION XXVII (ESCAT)

Chez un malade opéré en 1912, et c'est celui qui a été le point de départ de ma communication, il existait également

une très petite hypertrophie du volume d'une noisette, apprécié après l'énucléation. Le vieillard de 70 ans, scléreux, avait un myosis très accentué qui me fit chercher sans succès d'ailleurs, les antécédents spécifiques ; il existait une difficulté très grande de la miction, surtout la nuit ; à diverses reprises je refusai d'opérer ce malade, n'ayant pas rencontré de résidu vésical d'un façon fixe, mais il revint si souvent à la charge que je me décidai. La vessie ouverte, la région prostatique saisie entre les deux index, on avait la sensation d'une prostate minuscule, l'index sentait surtout un anneau dur que j'arrivai à cliver péniblement : quand je vis cet anneau fibreux monter le long de la sonde, j'eus l'impression qu'il devait jouer à lui seul un rôle sténosant capital, il était dur, fibreux et enserrait presque la sonde. J'enlevai ensuite la petite prostate avec ses deux lobes latéraux, elle avait été presque détachée en même temps, sa mollesse avait permis au col de se cliver et de glisser au-dessus.

Le résultat thérapeutique fut très bon et la guérison finale s'est maintenue depuis un an sans rétrécissement.

3 Observations de petites hypertrophies cervicales

OBSERVATION XXVIII (VIANNAY)

Rétention chronique sans prostate perceptible au toucher rectal, saillie prostatique intra-vésicale décelée par la cystoscopie ; opération de Freyer. Guérison.

P. Pierre, 52 ans, habituellement bien portant a de la pollakiurie nocturne depuis plusieurs années, mais a uriné convenablement jusqu'à il y a trois mois. A ce moment survient une crise de rétention d'urine pour laquelle le Dr Fontanilles appelé, pratique quelques cathétérismes.

La miction spontanée ne se rétablissant pas, le Dr Fontanilles apprend au malade à se sonder lui-même. Ce qui arrive trop souvent en pareil cas arriva : le malade s'infecta et, trois mois plus tard, le Dr Fontanilles le revit avec des urines purulentes et ammoniacales, une vessie atone, incapable d'une

miction spontanée, une langue saburrale et un léger mouvement fébrile.

C'est dans ces conditions qu'il m'adressa le malade.

Le toucher rectal permettait de sentir une prostate très petite, à peine appréciable au doigt et dans les lobes latéraux de laquelle il n'y avait manifestement pas d'adénome. Aussi, n'étions-nous pas éloignés d'admettre, le Dr Fontanilles et moi, que nous nous trouvions en présence d'une atonie simple de la vessie par sclérose du muscle vésical, sans obstacle mécanique, en effet, on ne sentait aucune saillie prostatique et l'urètre admettait les plus gros catheters. La cystoscopie précisa le diagnostic et nous montra : 1° une vessie à colonnes et à cellules ; 2° Tout autour de l'orifice du col vésical, une saillie prostatique circulaire intra-vésicale qui expliquait la rétention et me fit décider la prostatectomie trans-vésicale.

En effet, toute préférence personnelle mise à part, l'état des lésions imposait dans ce cas la voie haute.

Le 8 juin 1912, je pratiquai donc une petite taille, sus-pubienne et explorai de l'index la cavité vésicale ; je sentis tout autour du col, le relief circulaire vu à la cystoscopie, relief surtout saillant au niveau de la lèvre postérieure du col de la vessie, d'où se détachait un myome sous-muqueux presque pédiculé. Le tout est d'ailleurs plus petit qu'il n'avait paru à la cystoscopie.

Je pratiquai l'énucléation de ce myome sous-muqueux, qui ne pénétrait qu'à une petite profondeur dans l'épaisseur de la glande si bien qu'après cette prostatectomie, la loge prostatique se trouva moins cruantée que d'habitude après l'opération de Freyer.

L'hémorrhagie fut réduite au minimum et je jugeai inutile de placer le tube Freyer ; je lui substituai un drain beaucoup moins volumineux jouant le même rôle, et qui me permit de suturer presque complètement la plaie opératoire.

Le 12 juin, le drain intra-vésical est enlevé et l'on place une sonde à demeure.

Le 19, on enlève les fils ; la réunion est un peu incomplète. Depuis, le malade conserva une fistule hypogastrique qui don-

na passage à une partie de l'urine ; mais dès ce moment, il eut des mictions par la verge. La fermeture de la fistule hypogastrique fut complète dans la deuxième semaine de juillet, soit un mois après l'opération.

A deux reprises cependant, la fistule se rouvrit momentanément et donna passage à quelques gouttes d'urine. A la fin de juillet, les mictions sont redevenues normales et l'on passe très aisément une sonde-béquille n° 22. Les urines sont claires et l'état général excellent.

OBSERVATION XXIX (FAYOL)

Pseudo-prostatisme sans prostate datant de 10 ans. Lobe médian du volume d'un pois. Ablation. Guérison.

Tr. Vincent, 61 ans, entré le 8 août 1912.

Pas d'antécédents spéciaux ni personnels, ni héréditaires.

Pas de blennorrhagie ni de syphilis. Ethylisme avancé. Miction difficile depuis 10 ans (attend jusqu'à dix minutes avant d'uriner à partir du moment où le besoin s'est fait sentir).

Pollakiurie diurne et nocturne datant d'aussi longtemps.

A l'entrée phénomène d'infection urinaire : urines louches, douleurs lombaires et température élevée. Sonde à demeure et lavages. Amélioration.

Toucher rectal : prostate normale. Exploration urétrale : pas de rétrécissement. Beniqué 40 ; spasme à la traversée prostatique : Résidu 200 cc.

Pas de signes de tabès ni de paralysie générale au début : on fait le diagnostic de prostatisme d'origine ethylique. Le malade est traité à la sonde à demeure et aux lavages quotidiens, sans lesquels les phénomènes généraux réapparaissent. Une cystoscopie était impossible et même dangereuse du fait de l'infection.

En octobre 1912, M. GAYET voulant dans un but de recherches, étudier les lésions vésicales dans les cas de prostatisme,

de troubles vésicaux du tabès et de la paralysie générale, profita d'une période d'urines claires et d'apyrexie, pratiqua la cystoscopie et découvrit un minuscule lobe médian. L'opération fut décidée et on se mit à étudier la fonction rénale du malade.

Opération le 11 octobre 1912. Anesthésie rachidienne à la novocaïne. Taille sus-pubienne. Ablation d'un lobe médian de la grosseur d'un pois et d'une portion de l'urètre prostatique qui est entraînée avec lui. Tube de Freyer, suites extrêmement simples. Tube de Marion Douze jours après le malade a des mictions spontanées. Légère orchite due à un cathétérisme. Actuellement guérison parfaite: Diminution de la pollakiurie la cystoscopie montre une vessie claire.

Les recherches d'éliminations provoquées avaient montré chez ce malade une perméabilité passable au bleu de méthylène (apparition précoce du bleu, mais élimination lente et urine faiblement teintée).

La constance d'Ambard donna d'abord un chiffre exagéré 0,301 ; mais a une phase d'oligurie et d'hyperthermie. Par la suite une seconde recherche donna dans les premiers jours de décembre : 0,09.

OBSERVATION XXX (BLANC)

Il s'agit d'un homme de 65 ans, entré dans mon service le 19 novembre dernier. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ni personnels ; pas d'alcoolisme, ni de syphilis, ni de blennorrhagie.

L'affection actuelle a débuté il y a un an par des troubles de la miction marqués surtout la nuit ; très rapidement ils prirent une grande intensité ; il y a six mois, crise de rétention complète ; il fallut sonder le malade qui depuis, n'a pu uriner seul. On lui apprit à se sonder lui-même, ce qu'il fit plusieurs fois par jour et assez bien jusqu'à son entrée ; les urines

étaient claires, sans odeur ; pas de pus ni de sang ; pas d'albumine ni de sucre.

A noter cependant une orchite de moyen volume, qui, nous obligea à attendre quelques jours avant d'intervenir. Le toucher rectal montre une prostate de volume normal ; on la limite aisément mais elle ne fait pas de saillie exagérée ; pas de nodosité ; consistance normale, en somme, le volume des deux lobes latéraux ne saurait expliquer les troubles fonctionnels ; nous faisons le diagnostic de lobe médian à développement vésical et nous décidons de pratiquer la cystostomie sus-pubienne pour nous rendre compte de la nature de l'obstacle et en débarrasser le malade, s'il y a lieu.

L'opération est pratiquée sans incident le 12 décembre. A la partie postérieure du col, nous trouvons un adénome du volume d'une noisette, non pédiculé, surplombant l'orifice du col et l'obstruant complètement ; son énucléation est des plus simples.

L'exploration attentive des deux lobes latéraux ne montre aucun noyau. Tube de Marion pendant huit jours ; puis sonde à demeure ; suites très simples ; le malade quitte l'hôpital urinant facilement, sans effort et vidant chaque fois sa vessie.

OBSERVATION XXXI (DE GRAEUWE)

La prostate n° 4 ne pèse que 12 grammes. Elle est, comme la précédente, constituée par un lobe moyen. Le malade, actuellement âgé de 58 ans, a ressenti les premiers symptômes de son affection il y a 4 ans. Quelques jours avant son entrée à l'institut, le malade, à la suite d'un premier sondage pratiqué par un charlatan a contracté une cystite avec pyélonéphrite ascendante, et il nous a été amené dans un état tellement déplorable que nous lui avons pratiqué d'urgence une cystostomie sus-pubienne, en vue de drainer l'appareil urinaire. Sous l'influence de ce traitement, les fonctions rénales se sont rapidement améliorées et, après 3 semaines, l'élimination de

l'indigo-carmin se faisait au bout de douze minutes, à ce moment les urines renfermaient encore de l'albumine (cylindres hyalins et granuleux).

La prostatectomie fut alors exécutée et elle s'accompagna d'une hémorragie assez forte. Remarquons également chez ce malade l'absence d'hématurie avant l'opération et la difficulté du cathétérisme malgré l'absence d'allongement du canal de l'urètre.

OBSERVATION XXXII (CARRARO)

E. B., ouvrier, âgé de 58 ans. Rien de remarquable dans ses antécédents héréditaires ; aucune maladie de l'enfance et de l'adolescence ; fièvre typhoïde à vingt ans ; jamais il n'a contracté aucune maladie vénérienne ou syphilitique. Le malade souffre de troubles urinaires qui débutèrent il y a 15 ans sous forme de cuissons pendant les mictions, accompagnées de l'émission de gouttes de liquide blanchâtre et de mictions fréquentes. Ces troubles s'aggravaient à la suite de fatigues ou désordres diabétiques. Le malade fut soumis à des dilata-tions uréthrales et à des massages de la prostate sans aucun résultat.

Dans ces derniers temps, tous les phénomènes se sont accentués ; le malade urine toutes les demi-heures ou toutes les heures au maximum, si bien le jour que la nuit, et l'émission de l'urine est difficile et douloureuse.

A l'examen objectif on n'observe rien d'anormal dans les organes thoraciques et abdominaux ; le système nerveux apparaît indemne. L'urètre, ni allongé, ni dévié, est perméable au numéro 18 ; le cathétérisme est facile et indolore ; la vessie indolente et distendue contient un résidu de 100 cc. La prostate explorée par le rectum, est de volume normal, molle, indolente à la palpitation ; l'urine, limpide et acide, a un poids spécifique de 1020 ; 18,50 % d'urée ; 17,25 % de chlorures et ne contient ni albumine, ni glucose, ni à l'examen microscopique, d'éléments figurés.

Cystoscopie. — Vessie à colonnes, muqueuse rouge avec vaisseaux sanguins injectés, méats urétéraux normalement situés, bien visibles et sans aucune altération.

Le col vésical apparaît fortement déformé ; dans les parois latérales on observe un soulèvement très marqué de la muqueuse, qui apparaît, dans la figure cystoscopique, convexe, aussi bien à la droite qu'à la gauche.

En regardant la partie inférieure du col (bec de l'instrument dirigé vers le bas), on observe que les soulèvements de la muqueuse forment une ouverture en forme de V à l'embouchure de l'urètre. Ces saillies, dues selon toute probabilité à la présence d'adénomes prostatiques, sont légèrement irrégulières. La muqueuse qui recouvre le col est très congestionnée ; quelques bulles d'œdème se rencontrent au fond de la vessie.

Diagnostic clinique. — Prostatisme vésical.

Diagnostic cystoscopique. — Adénome prostatique cystoscopique.

Opération. — Rachianesthésie stovaïnique, epicystotomie. Après avoir constaté à l'aide de l'exploration digitale la présence de petites masses déformant le col de la vessie, on enlève en bloc deux adénomes prostatiques faisant saillie dans la cavité vésico-urétrale, du volume d'une grosse noisette, recouverts de muqueuse vésicale. Hémorragie minime ; mèche dans la loge prostatique ; tube de Zuckerkandl ; suture partielle des parois abdominales : suites post-opératoires normales ; au quinzième jour la fistule hypogastrique est déjà fermée et, après avoir ôté la sonde urétrale laissée à demeure depuis six jours, le malade urine normalement en vidant complètement sa vessie et sans aucun trouble.

La masse enlevée pèse 10 grammes et elle apparaît constituée par deux lobes à consistance fibreuse réunis l'un à l'autre par du tissu conjonctif ; au point de réunion, qui correspond à la paroi inférieure du col, on rencontre un sillon profond. A la coupe, la masse montre une consistance uniforme, ne crie pas et laisse couler très peu de liquide laiteux fluide.

A l'examen histologique la néoformation apparaît constituée par un stroma conjonctif très développé, contenant de nombreux tubes glandulaires, tantôt isolés, tantôt réunis en groupes. Ces tubes sont constitués de une à trois couches d'épithélium cylindrique ou cubique bien conservé et disposé régulièrement ; ils se présentent parfois arrondis réguliers ; parfois, à cause de la confluence de plusieurs tubes, ils sont très grands, à bords irréguliers, et ils contiennent alors une substance amorphe, qui se colore faiblement en rose par l'éosine.

Rarement les tubes présentent l'aspect de dilatations kystiques ; ils sont dans ce cas tapissés d'une seule couche d'épithélium très aplati, et ils contiennent, en plus de la substance amorphe décrite, des épithéliums desquamés.

Dans le tissu conjonctif, toujours compact, les vaisseaux sanguins sont peu nombreux, minces, remplis de sang, de très petits foyers d'infiltrations leucocytaires sont disséminés çà et là.

OBSERVATION XXXIII (CARRARO)

P. G., âgé de 52 ans, agriculteur. Aucune maladie remarquable, aucun antécédent vénérien.

Depuis un an environ, le malade souffre de mictions nocturnes fréquentes, qui s'accroissent il y a trois mois. A ce moment le malade fut obligé d'entrer à l'hôpital parce qu'il fut atteint d'une crise de rétention aiguë ; soigné par le cathétérisme évacuateur méthotique et des lavages vésicaux, il put retourner à ses occupations vingt jours après, très amélioré. Maintenant, depuis, presque deux mois, tous les troubles ont réapparu, plus insistants que jamais ; il urine avec grande difficulté et éprouve de fortes cuissons, restant accroupi ; l'urine est devenue trouble et son intestin ne fonctionne pas, sinon à l'aide de purgatifs. Le malade n'eut jamais de fièvre, ni d'hématurie.

A l'examen objectif on n'observe rien d'anormal aux organes

thoraciques et abdominaux ; aucune alteration du système nerveux.

L'urètre ni allongé ni dévié, est facilement perméable au numéro 18 ; les urines sont louches, et dans la vessie après avoir fait uriner le malade, on trouve un résidu de 150 c.c.

Au toucher rectal on palpe la prostate normale de volume et de consistance ; le toucher est indolore.

L'urine est louche, de couleur jaune pâle, de densité de 1020 ; urée 14 %, sans albumine ni glucose ; l'examen microscopique laisse voir de nombreux globules blancs bien conservés, des cellules vésicales peu nombreuses et des urates amorphes.

Cystoscopie. — Vessie à colonnes ; traces légères de cystite, méats urétéraux apparaissent normaux, le col vésical est notablement déformé en bas et latéralement où l'on voit des petits noyaux arrondis qui proéminent légèrement dans la vessie en soulevant la muqueuse.

Des boules d'œdème de grosseur moyenne se trouvent dans le bas-fond vésical.

Diagnostic clinique. — Prostatisme vésical.

Diagnostic cystoscopique. — Adénomes prostatiques cystoscopiques.

Opération. — Rachianesthésie stovainique épicystotomie. Après avoir constaté par l'exploration digitale que tout autour du col vésical existent des noyaux adénomateux, ceux-ci sont énucléées en bloc avec une portion d'urètre prostatique. Hémorragie discrète, mèche dans la loge prostatique tube de Zuckerkandl, suture partielle des parois abdominales. Suites post-opératoires régulières ; la fistule hypogastrique se ferme en 15 jours et le malade quitte l'hôpital après 25 jours avec des urines limpides, sans résidu, urinant d'une façon normale. A l'examen macroscopique, la masse enlevée, qui pèse 9 grammes se montre composée de deux lobes, dont chacun est constitué de petits nodules, et entourée de fibres circulaires qui l'enveloppent presque complètement.

Des débris de muqueuse vésicale et une petite portion d'uré-

tre prostatique lui sont attachés. L'examen histologique des nodules qui composent les deux masses montre qu'ils sont constitués d'abondant tissu conjonctif compact, dans lequel se trouvent de petites aréoles glandulaires composées de tubes fins, rarement confluent tapissés d'épithélium cubique ou cylindrique très régulier et disposé en une ou deux couches. A l'intérieur de ces tubes n'existent ni débris épithéliaux, ni substance amorphe ; les vaisseaux sanguins sont normaux, peu nombreux et ils contiennent des globules rouges. On ne rencontre pas des foyers d'infiltrations parvicellulaire.

OBSERVATION XXXIV (CARRARO)

M. A., âgé de 52 ans, teinturier. Aucune maladie remarquable, aucun précédent vénérien dans l'anamnèse éloignée.

Depuis trois mois le malade présente de la difficulté d'uriner ; la fréquence diurne et nocturne qui existait depuis un an environ s'est accentuée, les urines sont devenues troubles et donnent un sédiment abondant. Dans les derniers huit jours, tous ces troubles se sont accentués, il urine avec une grande difficulté, goutte à goutte, accusant de fortes douleurs et cuissons à la fin de miction. Dans les derniers mois amaigrissement et affaiblissement général assez prononcés.

A l'examen objectif on n'aperçoit rien d'anormal aux organes thoraciques et abdominaux ; le système nerveux apparaît indemne. Le malade est maigre, pâle et très faible.

L'urètre est perméable au n° 18, le cathétérisme facile et indolore ; après avoir fait uriner le malade on trouve dans sa vessie encore 200 c. c. d'urine louche. Au toucher rectal on ne palpe aucun adénome prostatique ; la prostate est petite, presque normale indolore. Les reins se palpent facilement sans provoquer de douleur.

L'urine, jaune citron, est opaque, acide, avec un poids spécifique de 1015 ; elle ne contient ni albumine, ni glucose ; urée

12. 81 0/00, chlorures 19 0/00. L'examen microscopique du sédiment montre des globules de pus abondant et de peu nombreuses cellules épithéliales de la vessie.

Cystoscopie. — Vessie à colonnes muqueuse rouge avec vaisseaux sanguins congestionnés, méats urétéraux normaux.

Le col vésical est notablement déformé par la présence de petits noyaux, probablement adénomateux, situés l'un dans la portion inférieure du col, les autres latéralement. Les noyaux de droite, qui proéminent dans la vessie, font apparaître l'orifice urétéral correspondant dans le même champ cystoscopique du col et très près de lui, tandis qu'au contraire l'orifice de gauche apparaît plus loin, quoique toujours dans le même champ, étant donné que les masses situées de ce côté sont moins proéminentes.

Diagnostic clinique. — Prostatisme vésical.

Diagnostic cystoscopique. — Adénome prostatique cystoscopique.

Opération. — Rachianesthésie stovaique ; épicystostomie.

La vessie étant ouverte, on aperçoit à l'exploration digitale un léger développement de nodules adénomateux autour du col ; ceux-ci sont enuclées en bloc avec une portion de l'urètre prostatique. Hemorragie minime ; tamponnement de la loge prostatique tube de Zuckerkandl, suture partielle de la paroi abdominale. Suite post-opératoire régulière ; 20 jours après le malade a des urines limpides, miction normale, résidu nul.

Lorsque le malade est en train de quitter l'hôpital, complètement guéri, il est atteint d'une forme de broncho-pneumonie et cinq jours après il succombe.

La pièce enlevée, du poids de 12 gr. apparaît, à l'examen macroscopique, constituée du col vésical avec son sphincter interne, dans la masse duquel se voient des petits noyaux d'aspect adénomateux.

A l'examen histologique on voit encore plus clairement la disposition intrasphinctérienne des noyaux, qui sont consti-

tués d'un tissu conjonctif lâche, contenant des petites zones de tissu glandulaire composé de petits tubes arrondis tapissés d'une ou deux couches d'épithélium cylindrique régulièrement disposé. Dans quelques tubes se trouvent de l'épithélium desquamé et une substance amorphe colorée en rose par l'éosine. Les vaisseaux sanguins sont fins et peu nombreux ; il n'existe aucune trace d'infiltration leucocytaire.

OBSERVATION XXXV (CARRARO)

B. B..., âgé de 70 ans, paysan. Aucune maladie remarquable, aucun précédent vénérien dans ses antécédents.

Le malade ne sait pas préciser l'époque à laquelle ont débuté les troubles dysuriques dont il souffre maintenant.

Il se rappelle néanmoins qu'il débuta avec des mictions nocturnes fréquentes et douloureuses. Maintenant depuis trois mois il urine avec grande difficulté, la miction est fréquente, impérieuse, douloureuse, et depuis trois jours elle débute par une hématurie très légère. Les urines sont limpides.

On n'aperçoit rien d'anormal à l'examen des organes thoraciques et abdominaux ; le système nerveux paraît indemne. L'urètre est facilement perméable au numéro 18 ; le cathétérisme est facile et indolore ; on ne trouve ni déviation ni allongement de l'urètre.

Après avoir fait uriner le malade il reste dans la vessie un résidu de 150 c.c. d'urine limpide. L'urine à une densité de 1015, elle est acide, contient 11.529 0/00 d'urée ; 22. 25 0/00 de chlorures ; on ne trouve aucune trace d'albumine ni de glucose ; l'examen microscopique ne montre rien de spécial.

Au toucher rectal la prostate est normale de volume et de consistance ; de plus elle est lisse et indolore.

Cystoscopie. — Vessie à colonnes ; muqueuses légèrement grossies avec vaisseaux sanguins plutôt évidents ; papilles urétérales non altérées, bien visibles et normalement situées.

Le col vésical est notablement déformé ; on aperçoit de for-

tes saillies sur les parois latérales qui soulèvent la muqueuse ; celle-ci apparaît aussi très congestionnée. Un petit lobe médian, avec toute probabilité dépendant des adénomes latéraux soulève la muqueuse à la paroi inférieure.

Diagnostic clinique. — Prostatisme vésical.

Diagnostic cystoscopique. — Adénome prostatique cystoscopique.

Opération. — Rachianesthésie stovainique ; épicystotomie. On enlève en bloc les adénomes prostatiques développés tout autour du col vésical avec une petite portion d'urètre prostatique. Mèche dans la cavité prostatique, tubes de Zuckerkindl suture partielle des parois abdominales. Suites post-opératoires, régulières ; 25 jours après le malade quitte l'hôpital complètement guéri ; avec urine limpide, mictions régulières et sans résidu.

A l'examen macroscopique la masse enlevée, qui pèse 14 gr. apparaît constituée par deux petits lobes latéraux dont celui de droite présente une espèce de prolongement, qui se portant sur la ligne médiane, simule un lobe médian.

La masse est entourée par de nombreuses fibres circulaires du sphincter recouvertes par des débris de muqueuse vésicale. L'examen histologique des nodules montre qu'ils sont composés de tissu conjonctif dense dans lequel se trouvent de nombreux tubes glandulaires arrondis, tapissés d'une couche d'épithélium cubique ou cylindrique disposé régulièrement en une ou plusieurs assises.

A l'intérieur des tubes se trouve une substance amorphe colorée en rose par l'éosine et des cellules épithéliales, les vaisseaux sanguins sont peu nombreux et normaux ; on ne rencontre que de rares foyers d'infiltration leucocytaires.

OBSERVATION XXXVI (CATHELIN)

Rétentionniste complet, jeune, sans prostate et sans spécificité, guéri par l'opération de Rochet.

Il s'agit d'un malade jeune de 47 ans, à excellent état géné-

ral, cultivateur, dont le passé pathologique est vierge de toute tare. En particulier il n'a eu ni syphilis, ni même blennorragie. Le début de sa maladie date de juin 1911 où il a eu simultanément, sans infection urétrale, de l'infection vésicale (probablement colibacillaire) et une grande difficulté de la miction.

J'ai vu le malade pour la première fois à ce moment et comme, à la même époque, j'avais guéri un cas identiquement semblable par de grands lavages nitrates sous tension, je lui proposai ce mode de traitement à raison de 3 lavages tous les deux jours avec une solution au millième dont je laissais une vingtaine de grammes dans la vessie.

Il y eut une action manifeste pendant environ plusieurs mois, l'urine même était devenue claire et pendant un an le malade urinait souvent mais en petite quantité.

Au mois de décembre 1912 il fut obligé de se sonder n'urinant plus du tout, et comme le malade redoutait qu'on lui propose une opération, il continua, sans plus consulter, à se sonder 4 fois par jour, toutes les quatre heures environ, avec toutes les précautions antiseptiques.

Comme m'écrivait le malade « je me porte bien si ce n'était l'énervement que me produisaient les sondages et surtout les jours qu'il fallait que je sorte, emportant tout mon attirail. »

C'est ce qui le décida à revenir me voir en juin 1913 où je lui proposai, sans rien lui promettre, une opération nouvelle dans la réussite de laquelle il accepta l'augure.

Entré le 8 juin à la maison de santé des frères Saint-Jean de Dieu, je l'opérai le 10 avec l'aide de mes assistants, le Dr Detrück et le Dr Grandjean, chloroformisateur.

Opération. — Elle consista en ceci :

Après taille sus-pubienne ordinaire et après m'être assuré qu'il n'existait pas des *saillies appréciables* au niveau du col qu'une simple élevation muqueuse. Je lui fis d'abord la *dilatation forcée du col au pouce et à la pince* puis pour mettre toutes les chances de son côté, je fis au thermocautère un *chenal au niveau de la petite saillie sous cervicale*, simplement muqueuse, qu'on distinguait au pourtour inférieur ; enfin non

content de ces deux actions qui *peut-être eussent suffi* je fermai la vessie, d'après la méthode de Rochet le grand maître de la chirurgie urinaire lyonnaise en faisant plusieurs plicatures de toute la face antérieure de l'organe que je fis rentrer dans la vessie *sous trois plans superposés* de suture à la Lambert afin d'obtenir une accollement définitif.

Suites opératoires immédiates. — Je laissai à demeure une sonde béquille pendant 18 jours et je fis tous les jours de petits lavages boriqués et nitratés faibles, sans qu'il y eut jamais de suintement hypogastrique.

Quel ne fut pas mon étonnement quand après l'ablation de la sonde, le malade urina seul, au lit d'abord et ensuite dans la position verticale sans douleur, sans incontinence et sans incident, 1000 gr. les premiers jours 1200 gr. les jours suivants.

Suites opératoires tardives. — Je revis le malade à ma consultation le 20 juillet dernier, les mictions sont normales toutes les 2 à 3 heures, alors qu'après l'enlèvement de la sonde elles survenaient jour et nuit toutes les heures.

Il urine aujourd'hui deux fois la nuit sans douleur et de l'urine presque claire. Le sommeil est bon, il n'y a pas de constipation et l'état général est excellent.

OBSERVATION XXXVII (M. MARION)

M. Deb. Léon, 41 ans, garçon de magasin, entre à l'hôpital Lariboisière le 24 janvier 1914 dans un service de médecine pour douleur épigastrique et gêne de la digestion. Là on reconnaît qu'il s'agit d'une affection des voies urinaires, aucun signe d'affection nerveuse et on le passe au service Civiale.

Le malade présente en effet des troubles urinaires accusés ; il urine fort difficilement, il a de pollakinurie et n'émet à chaque fois que quelques gouttes d'urines, encore est-il obligé de pousser fortement pour arriver à ce résultat. Il urine tous les

3/4 d'heure le jour et 3 à 4 fois la nuit. Il a des douleurs vésicales au début et durant la miction.

Ces symptômes cystiques ont débuté il y a deux ans spontanément par de la pollakiurie de plus en plus accusée et par du ténesme vésical. — Jamais il n'a eu d'hématuries. Jamais non plus de douleurs à type néphrétique.

Dans ses antécédents on ne retrouve pas de blennorrhagie. Le malade a eu le paludisme, la dysenterie, une pneumonie à l'âge de 17 ans, depuis laquelle il souffre souvent du côté gauche du thorax, il s'enrhume facilement.

A l'examen on reconnaît au palper abdominal que la vessie est très distendue et remonte jusqu'à l'ombilic. Les urines examinées à l'émission sont claires. Il existe un résidu de distension énorme et l'on peut injecter après évacuation facilement 1000 gr. d'eau. Le toucher rectal montre que le lobe gauche de la prostate est normal alors que le lobe droit fait presque complètement défaut. Ceci coïncide avec une ectopie du testicule du côté droit. — Rien du côté des reins. A la *Cystoscopie* on voit une vessie à colonnes typique. Le col semble nettement remonté, surelevé par rapport aux orifices urétéraux, et sur sa partie gauche son bord est soulevé en une tuméfaction arrondie qui n'est pas de l'œdème.

Diagnostic : Petite prostate.

Opération le 9 mai 1914. — On fait une prostatectomie transvésicale. On énuclée une petite masse arrondie grosse comme une petite cerise traversée par l'urètre à son centre, urètre dont on voit la muqueuse en haut et en bas, ce nodule est entouré à sa périptérie de fibres circulaires. Cette petite prostate est exactement du type de la figure 1.

Tamponnement avec une petite mèche iodoformée. Tube de Marion.

Le 15 mai on retire la mèche et le tube.

Le 20 mai on remplace le tube et fait un lavage au nitrate faible.

Le 25 mai on met une sonde à demeure.

Le 4 juin le malade sort, la plaie complètement cicatrisée, la vessie s'évacuant complètement sans résidu et par miction spontanées, faciles, bien que encore un peu fréquentes.

Examen histologique, coupe perpendiculaire à l'urètre colorée au van Giéson, on voit un noyau du volume d'un gros pois, inclu dans un anneau incomplet et présentant un peu en avant de son centre une lumière (urètre) en T à branches verticales antéro-postérieure (voir fig. 4).

L'anneau périphérique est composé uniquement de fibres musculaires lisses transversales ; au contraire tout le reste du noyau est formé de fibres longitudinales en faisceaux dont on voit la coupe transversale, faisceaux séparés par quelques fibres radiées. Donc épaissement considérable de la tunique musculaire longitudinale. De plus, au sein de cette masse musculaire se trouvent quelques cavités glandulaires à revêtement normal, groupées au sommet des branches du T. Pas d'infiltration inflammatoire.

Les vaisseaux ont également des parois très épaissies.

Il s'agit donc d'un véritable myome cervical, se présentant de façon assez analogue à un noyau fibromateux utérin, mais groupé autour de la cavité urétrale et développé surtout aux dépens de la conche longitudinale.

OBSERVATION XXXVIII (M. MARION)

M. Lem., 30 ans, vient consulter pour troubles de la miction.

Pas de blennorrhagie antérieure. Depuis l'âge de 18 ans, il remarque qu'il a de la peine pour uriner, qu'il est obligé de pousser, et comme cette dysurie augmente de plus en plus, comme actuellement il est obligé d'attendre plusieurs minutes avant de pouvoir uriner lorsqu'il en éprouve le besoin, il vient demander un soulagement à cette affection. La miction est plus fréquente que normalement, 7 à 8 fois le jour, 3 fois la nuit. Les urines sont claires.

A l'examen on constate : au toucher rectal : absence d'hyper-trophie de la prostate, celle-ci a son volume et sa consistance normaux.

La sonde traverse l'urètre sans obstacle et permet d'évacuer un résidu de 150 gr. d'urine claire.

A la cystoscopie le col est un peu congestionné et soulevé en saillie en un point sur la partie inférieure et gauche de son rebord.

Diagnostic : adénome du col.

Opération le 16 avril 1913 dans une maison de santé. Anesthésie au chloroforme.

Cystotomie. On sent le col épaissi par de petits nodules et l'on fait l'ablation en bloc du col et de ceux-ci en les décollant avec le doigt. Tamponnement. Tube de Marion.

Le tamponnement est retiré, le drain est changé comme d'habitude puis remplacé par une sonde à demeure ; la plaie fermée en 17 jours, le malade sort au 20°. Il urine sans difficulté et n'a plus aucun résidu.

Pièce. Petite prostate arrondie mais de forme un peu irrégulière, volume d'une cerise.

Examen histologique. La masse intéressée par la coupe est une formation musculaire presque pure, avec très peu de tissu conjonctif, c'est exactement le même aspect que celui d'un fibro-myome de l'utérus. Les fibres musculaires groupées en faisceaux, sont orientées dans tous les sens, ici les faisceaux sont coupés transversalement, là ils le sont longitudinalement mais partout existent entre eux des fibres qui les séparent et les réunissent. A la périphérie de la coupe on trouve une bande muqueuse urétrale avec son aspect normal.

Dans le stroma musculaire enfin se trouvent d'assez rares cavités glandulaires, quelques-unes un peu dilatées, mais la plupart réduites, rétractées, minimes et à paroi non festonnée comme d'habitude. Revêtement hépithélial à peu près normal. Corps amylacé, un peu d'infiltration de cellules rondes autour des conduits excréteurs des glandes.

Done, il s'agit ici encore d'un fibro-myome pur.

OBSERVATION XXXIX (M. MARION)

Manc. Eug. 68 ans, entre salle Civiale, n° 32 le 18 mai 1914 pour une fausse incontinence et pyurie.

Le début de ces troubles remonte à un an et s'est signalé par de la pollakiurie. Mais le malade jusqu'alors ne s'était pas inquiété il avait pourtant remarqué qu'il avait de la peine pour uriner, que le jet d'urines était de plus en plus faible ; il me vint consulter que parce qu'il ne pouvait plus uriner depuis 2 jours, malgré tous ses efforts il n'arrive plus à émettre d'urine spontanément, mais cependant existe actuellement un coulement d'urine goutte à goutte, une incontinence par trop plein.

La vessie est très distendue. Les urines sont troubles. Le malade nie toute blennorrhagie antérieure. Rien d'anormal du côté de l'urètre. Au toucher rectal la *prostate* montre un lobe droit de volume normal, alors que le lobe gauche semble un peu augmenté de volume.

A la cystoscopie on voit une petite tuméfaction cervicale ressemblant à un lobe médian.

26 mai 1914. — Prostatectomie à l'anesthésie générale. On retire avec un peu de difficulté ou plutôt avec moins de facilité qu'en cas de grosse hypertrophie, une petite masse grosse comme une noisette arrondie dans l'ensemble, mais avec de petites rugosités à la surface. Masse entourée de fibres circulaires à type sphinctérien.

Les suites opératoires sont normales sauf que la plaie a peu de tendance à la cicatrisation.

Examen histologique. — Cette pièce est un *myome* presque pur contenant de très rares formations glandulaires, glandes aplaties et très déformées, ailleurs un peu kystiques comme elles le sont d'habitude.

Il n'y a pas d'infiltration inflammatoire sauf juste au-dessous de l'urètre dont on voit la paroi en un point sur le bord de la coupe.

Les parois musculaires sont très épaissies.

OBSERVATION XL (D^r MARION)

Cam. Ant. 51 ans, cocher, a déjà été soigné dans le service en 1908 pour des signes de prostatisme. Il urinait difficilement, et présentait des douleurs le long de l'urètre.

Il a eu plusieurs blennorrhagies, mais n'avait plus d'écoulement à ce moment-là.

La prostate semble normale. Il n'y avait pas de rétrécissement. Mais les urines étant troubles on lui fit des instillations au nitrate d'argent.

Il revint pour la même affection le 10 janvier 1910. L'urètre est douloureux au passage de la sonde et semble par places épaissi : on retire de la vessie 40 gr. d'urines résiduelle trouble, sale, blanchâtre. La prostate est un peu grosse, mais non douloureuse.

A la cystoscopie : vessie à colonnes. On reprend les lavages au nitrate et quelques massages de la prostate. Enfin le 13 février 1913, le malade revient se plaignant de mictions de plus en plus fréquentes et douloureuses, la pollakiurie est telle qu'il urine 5 à 6 fois le jour et la nuit, les urines ne contiennent plus à ce moment que quelques filaments, elle ne sont plus purulentes ; le résidu persiste, la prostate n'est pas sensiblement augmentée de volume. On pense donc que l'on a affaire à un vrai prostatique avec lobe médian, ayant traversé une longue phase de prostatite et on finit par l'opérer.

Opération le 27 décembre 1913. — Prostatectomie transvésicale. L'ouverture de la vessie est très difficile car la paroi vésicale est épaissie et friable et se déchire sous la traction des fils.

On enlève une très petite hypertrophie, formée de petits adénomes gros comme des pois, enlevés en bloc avec le sphincter. Tamponnement après une ablation assez facile.

Suites opératoires normales d'une prostatectomie, les mèches sont retirées au 3 jour, le drain changé, la sonde à demeure mise au 8^e jour, la plaie est fermée au 16^e jour.

Dès ce moment les mictions sont absolument normales. L'évacuation vésicale est complète à la sa sortie.

Examen histologique. — Coupe longitudinale passant par une des petites masses adénomateuses. La coupe intéresse deux formations différentes. En bas c'est une masse fibromyomateuse, contenant à parties égales du tissu conjonctif et du tissu musculaire, disposés en mailles plexiformes, sans formations glandulaires. Cette partie correspond à la zone du sphincter modifié car, au-dessus, dans la portion qui correspond au noyau adénomateux les glandes prédominent, glandes dilatées, festonnées du même type que celles que l'on rencontre dans l'hypertrophie prostatique habituelle. Entre ces glandes dans les rayons du stroma qui les sépare et à leur voisinage on trouve autour de plusieurs d'entre elles de l'infiltration lymphocytaire comme dans une prostatite chronique. Revêtement épithélial en deux couches, profonde, cylindrique, superficielle, formée de cellules arrondies.

Donc noyau dit adénomateux sur un anneau fibromyomateux.

OBSERVATION XXXXI (D' GERMAIN).

M. R. 58 ans, vient consulter pour troubles de la miction datant de juin 1913 : fréquence des mictions, dysurie. A ce moment déjà il fut examiné ; la prostate était petite, la vessie contenait un résidu de 200 cc. d'urines troubles, on institua un traitement consistant en sondages et lavages vésicaux biquotidiens. Ceux-ci ne donnèrent aucune amélioration. La polakiurie devenait plus fréquente, la polyurie allait en augmentant : 3 litres à 3 litres et demi par jour, cependant jusqu'au mois de mai 1914 le malade se contente de se sonder plusieurs fois par jour et de continuer ses lavages vésicaux antiseptiques.

Revu au début de mai (1^{er} mai) la quantité d'urine des 24 heures est la même, avec un résidu de 250 cc. d'urine trouble. Quantité totale = 3.300 cc.

La prostate est normale, se compose de deux lobes nettement séparés. La cystoscopie est refusée.

On fait donc le diagnostic du lobe médian probable. Le malade est un homme gras, d'aspect général satisfaisant. On fait la constante d'Ambard avant de déterminer l'opération.

Poids 80 kgr.

Urines : 86 cc. en 40 minutes donc débit en 24 heures :
3.590 cc.

Concentration uréique au litre : 9,60

Débit uréique en 24 heures : 29 gr. 66.

Concentration uréique sanguine : 0,58.

$K = 0,083$.

On décide donc une opération en deux temps.

Une cystostomie est faite le 5 mai sans chloroforme et l'on reconnaît en introduisant le doigt dans la vessie qu'il existe bien un lobe médian.

La *prostatectomie* est faite le 25 mai 1914 à l'anesthésie rachidienne, on énuclée difficilement une petite prostate adhérente sous forme de deux petites masses grosses chacune comme une amande. Tamponnement.

Pendant les premiers jours consécutifs à l'opération le malade fait des symptômes d'urémie et urine peu. Un traitement approprié établit peu à peu la diurèse, mais la plaie est restée jusqu'alors atone.

Examen microscopique. La pièce est un *adéno-fibro-myome*, le stroma et l'élément glandulaire ayant une part à peu près égale.

Le revêtement urétral se voit en un point à la périphérie de la coupe.

Les glandes sont du type prostatique normal assez dilatées, festonnées, à revêtement normal, desquamé par places, et avec des symplexions dans de nombreuses cavités glandulaires. Une cavité glandulaire est complètement remplie de cellules desquamées (peut-être début de cancer ?).

Stroma à type *musculaire* très développé, présentant par places l'aspect de corps fibroïde, et autour de quelques glandes une infiltration inflammatoire discrète.

Aucune délimitation à la périphérie le plan d'arrachement passant à l'intérieur de glandes dont on n'aperçoit qu'une partie.

OBSERVATION XXXXII (D^r MARION)

M. L... 62 ans, vient consulter pour fréquence anormale des mictions et parce qu'il est lassé de se sonder deux fois par jour depuis 4 à 5 ans.

En effet il a eu au début les signes habituels du prostatisme : dysurie, fréquence des mictions nocturne, puis diurne, il a déjà consulté au début de sa maladie et c'est alors qu'on lui avait recommandé de se sonder régulièrement 2 fois par jour comme il l'a fait.

Malgré ces sondages il a encore des mictions fréquentes, ses urines sont un peu infectées, louches; contenant donc un peu d'albumine et des polynucléaires.

Au toucher rectal la prostate paraît petite, un peu dure, non douloureuse. La sonde passe sans rencontrer de résistance et permet d'évacuer un résidu de 300 gr.

A la cystoscopie, petite déformation du rebord postérieur du col.

On fait le diagnostic de petite hypertrophie et l'opération est acceptée.

Antécédents : Jamais de blennorragie.

Opération le 2 avril 1914.

Prostatectomie transvésicale, énucléation moins facile que pour une hypertrophie ordinaire. Tamponnement. Ligature des deux déférents.

Suites opératoires habituelles, aucune complication, la plaie vésicale se ferme en 19 jours, les mictions spontanées reprennent et quand l'opéré quitte la maison de santé il n'a plus aucun résidu vésical.

Pièce : Prostate arrondie grosse comme une bille contenant l'urètre à son centre.

Examen histologique. Fibro-myome pur, à travées orientées en tous sens et entrecroisées. Par places formation arrondies encerclées de fibres circulaires (corps fibroïde de la prostate). Pas d'infiltration inflammatoire, l'urètre est en avant. On trouve très peu de glandes, celles-ci localisées en un point à la périphérie de la coupe.

En somme fibro-myome constitué à parties égales de tissu fibreux et de tissu musculaire.

OBSERVATION XXXXIII (D^r MARION)

Mull. Ad., 54 ans, ébéniste, entre salle Civiale le 25 mars 1914 pour symptômes de dysurie avec douleurs lombaires.

Une première blennorragie à 25 ans compliquée d'orchite ; une deuxième blennorragie à 40 ans.

Depuis deux ans et demi le malade constate qu'il urine plus difficilement, que le jet d'urine diminue. Les urines étaient déjà troubles à ce moment et il urinait un peu plus souvent le jour et la nuit surtout (3 à 4 fois la nuit). Au service des voies urinaires de Necker on fait le diagnostic de rétrécissement de l'urètre et on dilate le malade aux Béniqués tranchants, sans aucun succès. Les urines s'étaient éclaircies un peu, mais la dysurie et la pollakiurie ont persisté.

Il y a un an le malade ressent des douleurs lombaires au moment de la miction.

Actuellement la dysurie est très accusée, le malade urine en poussant, le jet est très faible, il urine toutes les deux heures le jour, 6 fois la nuit. Au début de chaque miction il ressent des douleurs dans la région lombaire des deux côtés, douleurs qui cessent après l'émission des premières gouttes d'urine. Les urines sont pâles et légèrement troubles. Jamais d'hématurie.

A l'examen les reins ne sont ni douloureux ni perceptibles ; il n'existe non plus aucun point douloureux le long du trajet des uretères. L'explorateur traverse l'urètre sans rencontrer

d'obstacle. Les épидидymes portent une tuméfaction indolente au niveau de la queue.

A la cystoscopie on voit des colonnes vésicales, et au niveau du col en arrière, une saillie qui fait penser à un lobe moyen.

Au toucher rectal la prostate est *petite*.

L'opération est faite en deux temps.

Le 21 mars : cystostomie et drain vésical.

Le malade fait ensuite un peu de fièvre qui persiste jusqu'au 21 avril. Lavages vésicaux au nitrate d'argent deux fois par jour.

Le 28 avril on fait la prostatectomie. On retire un petit lobe médian typique (fig. 2) faisant une saillie piriforme en haut et en arrière du col qui a été retiré avec lui sous forme d'un anneau constitué par le sphincter lisse.

Tamponnement. Tube de Marion.

1^{er} mai on enlève les mèches et change le tube.

11 mai. Le tube est remplacé par une sonde à demeure urétrale.

Mais la plaie hypogastrique ne se ferme pas, reste atone, une fistule hypogastrique se forme. Aussi, le 9 juin intervient-on pour fermer cette fistule en isolant la paroi vésicale de la paroi abdominale et la suturant.

Pas d'examen histologique de la pièce.

Conclusions

Sous le nom d'atrophie de la prostate les classiques allemands décrivent une affection dont la cause anatomique serait une atrophie réelle de la glande prostatique. Cette atrophie pourrait avoir une *étiologie* multiple : inflammatoire, cachectique, sénile, traumatique, compressive ou congénitale. — *Histologiquement* cette atrophie résulterait d'une réduction des éléments glandulaires seuls ou de la glande et du stroma tout à la fois ; réduction atteignant un degré et des proportions différents suivant la nature de la cause. *Cliniquement* cette affection se caractériserait par l'incontinence primitive sans rétention, plus rarement par de la rétention avec incontinence consécutive, par l'absence de crises de rétention aiguë, et par la fréquence de l'infection cystique. Au toucher rectal fait sur sonde urétrale rigide la prostate paraît réduite, atrophiée en totalité ou en partie ; la sonde traverse très facilement l'urètre qui semble raccourci par atrophie de son segment prostatique ; à la cystoscopie enfin absence de colonnes vésicales, col normal ou déformé par une valvule du col.

En réalité l'atrophie de la prostate ainsi comprise n'existe pas, c'est une fausse entité clinique : car ou bien il y a atrophie vraie (par anomalies testiculaires ou cas-

tration, par prostatite ou abcès prostatique, par compression), l'atrophie est alors purement anatomique et ne provoque aucun trouble clinique, — ou bien l'atrophie est une pseudo-atrophie correspondant à l'ancien prostatisme sans prostate, en réalité à l'hypertrophie cervicale ou à la contracture du col de KEJES, FULLER, CHETWOOD et CHOZOFF. Dans ce cas sa symptomatologie est la même que celle du prostatisme avec ses différentes phases de pollakiurie nocturne avec dysurie, de rétention, enfin d'ischurie paradoxale (incontinence avec rétention).

Ces petites prostates ou hypertrophies en miniature ont été prises pour une véritable atrophie de la prostate en raison de leur petit volume, de leur poids réduit et de l'absence d'hypertrophie cliniquement constatable. En réalité ces petites prostates enlevées chirurgicalement sont des *hyperplasies du col de la vessie*, car jamais on n'y a trouvé les canaux éjaculateurs, l'énucléation de la prostate entière est chose impossible, alors que celle du col est facile ; ce sont des hyperplasies musculaires pures ou musculo-fibreuses plus souvent que musculo-glandulaires. Mais au total ce sont, avec des différences de proportion, des formations d'une structure analogue à la dite hypertrophie de la prostate. Ces hypertrophies en miniature ne se reconnaissent pas au toucher rectal, mais seulement et non toujours aux examens endoscopiques : déformation ou ascension du col, parfois enfin leur existence n'est constatée qu'au cours de l'opération. La recherche l'éosinophilie sanguine pourra aider au diagnostic clinique dans les cas douteux.

Il faut toujours penser à ces petites hypertrophies et finalement intervenir chirurgicalement dans ces cas bizarres de prostatisme sans prostate « où la rétention existe

sans rétrécissement constatable de l'urètre, sans hypertrophie prostatique, sans cause de rétention appréciable même au cystosique, sans affection caractéristique bien entendu aussi des centres nerveux » (ROCHET). Donc après avoir cherché en vain une des causes habituelles du prostatisme, même et surtout s'il s'agit de malades jeunes, il faudra tenter de soustraire ces malades aux exigences et aux dangers du cathéterisme en intervenant sur le col vésical : la dilacération, la section ou mieux l'énucléation totale du col avec ses glandes et son sphincter, en somme une véritable prostatectomie, sont les moyens thérapeutiques actuellement utilisés. Parmi eux la prostatectomie mérite d'être préférée, malgré son exécution plus difficile en de telles circonstances, en raison des excellents résultats qu'elle donne dans la majorité des cas.

Le nombre imposant de ces succès obtenus par les opérateurs de tous pays autorise à conclure : que dans la très grande majorité des cas le « prostatisme sans prostate » n'a pas pour origine une dégénérescence première du muscle vésical, un « prostatisme vésical », mais un obstacle siégeant au col, un prostatisme cervical, si bien qu'en fin de compte ces malades sont presque tous des prostatiques authentiques.

Vu :

Le Président de la Thèse,
LEGUEU

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

Bibliographie

- Albarran.** — Médecine opératoire des voies urinaires. Paris, 1909. Et *Traité de chirurgie clinique* de Le DENTU-DELBET.
- Albarran et Hallé.** — Hypertrophies et néoplasies épithéliales de la prostate. *Ann. des mal. des org. gén. urin.* 1900, p. 113.
- Albarran et Nogues.** — Retentions vésicales sans obstacle mécanique. *Premier congrès international d'urologie Paris, 30 sept. — 3 octobre* et *Ann. des mal. des org. gén. urin.* 1908, n° 21.
- Arthaud.** — Etude sur le testicule sénile. *Thèse de Paris*, 1885.
- Athanasow (P.).** — Recherches histologiques sur l'atrophie de la prostate. *Journ. de l'anat. et de la physiol.* 1898.
- Barth.** — Sur l'atrophie de la prostate. *Archiv. fur klin. chir.* 1911, Bd. 95, p. 523-528 et *XL^e congrès all. de chir. Berlin*, 19-22, avril, 1911.
- Bartrina.** — *Premier congrès de l'assoc. internationale d'urologie.* Paris, 1908.
- Bazy.** — Traitement des prostatiques par la sonde à demeure avec déambulation. *Acad. de méd.* 7 juin, 1897 et *Presse méd* 1897, n° 48
- Béraud.** — Des maladies de la prostate. *Thèse de Paris*, 1857.
- Billharz (A.).** — Beschreibung der Genitalorgane einiger schwarzer Eunuchen. *Zeitschr. f. Wissench. Zoologie*, T. X. p. 287.
- Blüm, Schültheis, Kropelt, Strauß, Völker, Zuckerkandl.** — *Verhandl. der deutsch. Gesell. fur urol. IV^e Congress in Berlin.* Sept. 1913. In *Zeitschrift, fur urologie* 1914, erstes Beiheft.
- Blanc.** — Observation de prostatisme vésical dû à un petit adenome du col. *Loire médicale*, n° 4, 15 avril 1913, p. 140.
- Bron.** — Des causes et du traitement des valvules uretro-vésicales. *Lyon, méd.* 1877, n° 45 et 46.
- Burckhardt.** — Die Verletzungen und Kraukheiten der Prostata. *Deutsche, chir.* T. 53, 1902.
- Carraro (N.).** — Sui così detti prostatici senza prostata. *Clinica. chi-*

- rurgica* n° 40, 31 oct. 1913, p. 2143-2161, traduit par ERBA, in. *Revue clin. d'urolog.* mars, 1914, p. 119.
- Casper.** — *Lehrbuch der urologie* 1910.
- Ueber ungewöhnliche Fälle dauernder Harnverhaltung. *Berlin, Klin. Woch.* 1910, n° 40.
- La vessie des vieillards. *Zeitschr. f. Urol.* T. VI, n° 5, 1912.
- Cathelin (F.).** Rétentionniste complet, jeune sans prostate et sans spécificité, guéri par l'opération de Rochet. *XVII^e session de l'assoc. franc. d'urologie.* Paris, octobre 1913.
- Chevassu (M.).** — L'origine anatomique de l'hypertrophie de la prostate. *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, nov. 1911, n° 9, T XIII, p. 637-672.
- Chetwood.** — Prostatism without enlargement of the prostate. *Ann. of surgery*, 1905, n° 4.
- Cholzoff (B. N.).** — Die kronische kontraktur des collum vesicæ urinariae. *Folia urologica*, 1910, t. IV, n° 40.
- Ciecanowski.** — Quelques aperçus sur le prostatisme au point de vue anat. path. *Ann. des mal. des org. gén. urin.* 1901, p. 536.
- Civiale.** — *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires.* Paris, 1841. Deuxième partie : maladies du col de la vessie et de la prostate.
- Cœsar (V.).** — Vier Fälle von Prostata atrophie. *Zeitschr. f. Urologie* T. VII, n° 8, p. 615-624.
- Cunéo.** — Du siège anatomique de l'hypertrophie dite prostatique (adeno-myome pericervical). *Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris* t. 37, n° 8, séance du 22 février 1914.
- Datynier (H.).** — Zur operativen Behandlung der Prostata atrophie. *Zeitsch. f. Urologie.* T. VIII, n° 3, 1914, p. 182.
- Deton (W.).** — Contribution à l'étude de la pathogénie du prostatisme. *Journal d'urologie.* 1913, t. IV, p. 233.
- Eigenbrodt.** — *Brun's Beiträge zur klin. chir.* T. 8, 1890.
- Englisch.** — Ueber Kleinheit der Vorstehdrüse und die dadurch bedingten Störungen der Harnentleerung. *Zeitschr. für Heilkunde.* T. XXII, 1901, n° XII (chirurgie).
- Escat.** — Rétraction du col vésical et prostatisme. *XVII^e session de l'assoc. française d'urologie.* Paris, oct. 1913.
- Fayol.** — Pseudo-prostatisme sans prostate datant de 40 ans. Lobe médian du volume d'un pois. Ablation. Guérison. *Soc. des sciences méd. de Lyon*, 4 déc. 1912, in *Lyon médical* 12 janvier 1913, p. 81.
- Frisch (ven).** — *Krankheiten der Prostata.* Wien, 1910. — Les ma a-

dies de la prostate, traduit de l'allemand par BIDLOT et RENARD DETHY. Paris; Rousset, 1903.

Fuller. — Chronic contraction of the prostatic fibres encircling the vesical neck and its treatment. *The americ. journ. of the med. science*, 1897, p. 440.

Græuwe (de). Petites et grosses hypertrophies de la prostate. *Journ. de chir. et ann. de la soc. belge de chir.* 21^e année, n° 3-4, mars-avril, 1913, p. 52-59.

Godard. — *Etude sur la monorchidie et la cryptorchidie chez l'homme.* Paris, 1857.

Groglick (S.). — Contrib. à l'étude et au traitement chirurgical de l'insuffisance vésicale consécutive à l'atrophie prostatique *Zeitschr. für Urol. T. VI, n° 5, 1912, p. 337-363.*

Guyon. — Prostatisme vésical *ann. des mal. des org. gén. urin.* Février, 1889, p. 65.

Hallé et Motza. — Contribution à l'anatomie pathologique de la vessie. *Ann. du mal. des org. gén. urin.* 1902.

Harrison. — *Encyclopédie de chir. de GOSSELIN.*

Hock. — Y a-t-il des tumeurs bénignes de la prostate? *Zeitschr. für Urol.* 1912, n° 2 p. 294.

Kejes (F. L.). — Retrecissement inflammatoire de l'urètre post. *Ann. des mal. des org. gén. urin.* 1905, n° 16.

Kümmel. — Die Prostata atrophie. *Aertzlichen, Verein in Hamburg, in Deutsch. méd. Wochenschr.* n° 33, 15 août 1912, p. 1573.

Launois. — De l'atrophie de la prostate. De la castration dans l'hypertrophie de la prostate. *Ann. des mal. des org. gén. urin.* 1894, p. 721.

Le Für. — Des retrécissements inflammatoires de l'urètre postérieur. *Ann. des mal. des org. gén. urin.* 1905, t. XXIII, p. 1.

Legueu. — *Traité chirurgical d'urologie.*

Legueu et Morel. — *Assoc. franc. d'urolog.* Paris, 1913.

Lendorf. — Que se passe-t-il dans la prostatectomie sus-pubienne ? où se développe la soi-disant hypertrophie de la prostate. *Archiv. für klin. chir.* Tome XCVII, fasc. 2, 5 février, 1912, p. 467-496.

Li Virghi. — Du mécanisme de la rétention chronique chez les prostatiques. *Journal d'urolog.* t. II, 1912, p. 823.

Loumeau. — Deux cas intéressants d'erreur de diagnostic chez des prostatiques. *Ann. des mal. des org. gén. urin.* 1904 p. 1723.

Lowsley (A. P.). — La prostate humaine du nouveau-né avec une rapide

- description de son développement. *The Journ. of the americ. méd. assoc.* T. LX, n° 2, 11 janvier, 1913, p. 110.
- Marion.** — Existe-t-il un prostatisme vésical ? Des prostatiques sans prostate ? *Journ. d'urolog.* t. II, 1912, p. 497.
- La cystoscopie dans l'hypertrophie de la prostate. *Journ. d'urolog.* T. II, 1912, p. 33.
- Marquis.** — Origine de l'hypertrophie de la prostate. *Rev. de chir.* t. XLII, n° 6, décembre 1910, p. 1157-1157.
- Mercier.** — Recherches sur le traitement des maladies des org. gén. urin. 1856.
- Messer.** — Report of the condition of the prostata in old age. *Lancet*, 1860, I, 20.
- Michael.** — Prostataatrophie (démonstration). *Deutsche, méd. Wochenschrift*, 1891, n° 51, p. 1386.
- Moran.** — Note sur un cas de prostatisme sans prostate. *Ann. des mal. des org. gén. urin.* 1904, p. 1623.
- Motz et Arrèse.** — Note sur les vessies des « prostatiques sans prostate ». *Ann. des mal. des org. gén. urin.* 1903, t. II, tome XXI, p. 1841.
- Motz et Péréarnau.** — Contribution à l'étude de l'évolution de l'hypertrophie prostatique. *Ann. des mal. des org. gén. urin.* 1903 p. 1521.
- Oberländer.** — Ueber Prostataserletzung.... *Centralbl. für Harn u. Sexualorgane* 1900, n° 4.
- Pélican.** — *Skopzenthum in Russland* 1875.
- Petit (Jean).** — De la prostatectomie périnéale. *Thèse de Paris*, 1902.
- Poppert.** — Zür Kasuistik der Blasenhal klappen.
Archiv. für Klin. Chir. T. 41, p. 52.
- Posner.** — La chirurgie de l'atrophie de la prostate. *Zeitschr. für Urol.* T. VII fasc. 4 p. 277.
- Proust.** — La loge prostatique. *Soc. anat.* 1902, p. 813. — Les résultats éloignés de la prostatectomie dans l'hypertrophie de la prostate. *Journ. de chir.* t. VII, 1911, p. 653.
- Reynard (J.).** — Sur un cas d'hypertrophie isolée du lobe médian. Hypertrophie prostatique dite en clapet. *Lyon méd.* n° 42, 15 oct. 1911, p. 753.
- Rochet.** — XV^e session de l'assoc. française d'urolog. Paris, 1911.
Traité de la dysénie sénile et de ses diverses complications, Paris, 1899.
- Sasaki (J.).** — De l'atrophie expérimentale de la prostate par Rontgene-

- risation des testicules. *Deutsche, Zeitschr. für Urologie* 1913, T. 3, fasc. 4.
- Socin.** — Die Krankheiten der Prostata in *Handbuch der allg. in spec. chir. von BILLROTH. PITHA, T. III, fasc. 8, 1875.*
- Steiner.** — Die chirurgische Behandlung der Prostata atrophie. *Zeitschr. für Urol.* 1914, 1^{re} Beiheft (Verhandl. der Deutsch. Gesell. für Urol. IV^e congrès in Berlin).
- Steinlin.** — Erweiterung der Ausführungs gange der. *Prostata Wochenbl. der Zeitschr. der K. K. Gesellschaft der Aerzte* 1865.
- Strauch (Ph.).** — Ein Beitrag zur Kasuistik der Prostataatrophie. *Centralbl. für H. krank. der Uarn. und sexualorgane.* T. V, p. 227-1894.
- Süssenguth.** — Contribution au traitement opératoire de l'atrophie prostatique. *Deutsche méd. Wochenschrift*, n° 24, 13 juin, 1912, p. 1137-1138.
- Tandler et Zuckerkandl.** — Recherches anatomiques sur l'hypertrophie de la prostate. Présence de nodules sous-muqueux au niveau de l'orifice vésical et sur l'urètre prostatique. De leurs rapports avec l'hypertrophie prost. *Folia urologica t. VI Juin, 1912, p. 635.*
- Thompson.** — *The diseases of the prostate, their pathology, and treatment.* London, 1886.
- Voillemier et Le Dentu.** — *Traité des maladies des voies urinaires. Les maladies de la prostate et de la vessie.* Paris, 1880.
- Veszprémi.** — Beitrag zur Histologie der Prostatahypertrophie. *Folia urologica, t. V février 1911, p. 566.*
- Young (H. H.).** — Un nouveau moyen. (Opération à l'emporte-pièce) contre les petites obstructions prostatiques et les contractures de l'urètre prostatique. *The Journ. of the amér. méd. assoc.* T. LX, n° 4, 25 Janvier, 1913, p. 253-258.
-

TABLE DES MATIÈRES

Historique et définition du sujet.....	11
--	----

PREMIÈRE PARTIE

Atrophie de la Prostate. — Description Allemande.....	17
Contracture chronique du col de la vessie. — Description...	28

DEUXIÈME PARTIE

Critique. — Quelques données anatomiques sur la région prostatique.	48
Atrophie prostatique vraie.	57
Fausse atrophie de la prostate.	66

TROISIÈME PARTIE

Observations.....	97
Conclusion	167
Bibliographie.....	171
